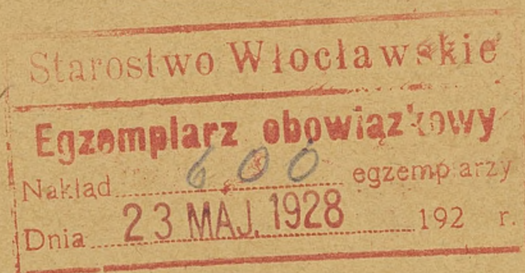
WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego



WARSZAWA

ROK II MAJ 1928 ZESZYT V

ROK II WARSZAWA 1928 MAJ ZESZYT

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

O pewnej postaci braku miesiączkowania na tle niedomogi tarczycy.

PODAŁ

DR HENRYK TOROŃCZYK

ASYSTENT ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA KASY CHORYCH.

Przypadki braku miesiączkowania (*amenorrhoea*), zgodnie z teorją cyklicznego przebiegu miesiączkowania, *Schroeder* dzieli na następujące grupy:

Grupa I. Cykl jajeczkowania odbywa się normalnie; cykliczne zmiany śluzówki macicy również, jednak nie dochodzi do krwawienia z jamy macicy z powodu nader skąpego złuszczenia śluzówki.

Grupa II. Cykl jajeczkowania odbywa się normalnie; brak cyklicznych zmian śluzówki macicy.

Grupę III *Schroeder* dzieli na przypadki pierwszego stopnia i drugiego.

Do drugiego stopnia będą należały te przypadki, w których uszkodzony został nietylko cykl jajeczkowania, ale i wszelkie inne wydzielania jajnika, gdzie będziemy zatem mieli do czynienia z głębokiem uszkodzeniem całego miąższu jajnika.

Do pierwszego zaś stopnia *Schroeder* zalicza te przypadki, w których albo czasowo ustał cykl jajeczkowania lub też pęcherzyki *Graafa* są tak niedostatecznie rozwinięte, że giną przedwcześnie, nie dochodząc do należytego rozwoju: są to przypadki, które określamy jako *hypofunctio ovariorum*.

W związku z ostatnią grupą, grupą *hypofunctionis ovariorum*, pragnąłbym podzielić się pewnem spostrzeżeniem. Chodzi mianowicie o 12 przypadków czasowego braku miesiączkowania, z których 8 miałem możność zaobserwowania w ambulatorjum Kasy Chorych, 4 zaś w praktyce prywatnej. *Amenorrhoea* ta dotyczyła 12 kobiet w wieku od 18 do 39 lat.

1. M. P. l. 22; 1-sze miesiączkowanie w 15-ym roku życia, od tej pory co 2 do 3-ch miesięcy po 6 do 7 dni, dość obfite.

Ostatnia miesiączka przed 4-a miesiącami. Organa płciowe bez widocznych zmian.

Poleciłem pacjentce przyjmowanie tyreoidyny: *Opozones-Lumière glande Thyroide* w tabletkach po 0,2, po jednej tabletce rano i wieczorem, aż do chwili wystąpienia miesiączki.

Miesiączka wystąpiła po trzech tygodniach.

W dalszym ciągu pacjentce było polecone zaprzestać przyjmowania tyreoidyny z chwilą, kiedy rozpocznie się krwawienie. Dopiero po upływie 3-ch tygodni, czyli w 4-ym tygodniu cyklu miała ponownie przyjmować, jak powyżej, aż do następnej miesiączki.

2. Z. K. l. 36; 1-sze miesiączkowanie w 14-ym roku życia; po 6-cio mies. przerwie, co 4 tyg. po 2 do 3 dni skąpe. Porodów 3; po każdym porodzie *amenorrhoea* przez czas dłuższy od 1 do półtora roku. Ostatni poród przed 16-ma mies., od tego czasu *amenorrhoea.* Organa płciowe bez widocznych zmian. Tyreoidyna jak powyżej, miesiączka wystąpiła po 20 dniach.

3. M. S., l. 20—virgo: 1-sze miesiączkowanie w 15-ym roku życia, odtąd prawidłowe, co 4 tygodnie po 2—3 dni, mierne; od roku po szkarlatynie co 3 do 4 miesiecy po 4—5 dni obfite; ostatnia regularność przed 4 miesiącami. Organa płciowe bez widocznych zmian. Tyreoidyna jak powyżej, miesiączka po 2-ch tygodniach przyjmowania tyreoidyny.

4. H. P., l. 28; 1-sze miesiączkowanie w 15-ym roku życia, co 4 tygodnie po 2 do 3-ch dni: Porodów — 0 i poronień 1; w lutym 1925 r. stwierdzono *Missed abortion;* z tego powodu w lipcu 1925 r. wyskrobanie macicy, poczem nastąpiła *amennorrhoea.* W sierpniu 1926 r. chora dostała Tyreoidynę. Regularność po 2 tygodniach.

5. M. Z., l 19—virgo; 1-sze miesiączkowanie w 16 ym roku życia i po 4-ch mies. przerwie co 4 tyg po 2 do 3 dni, skąpe. Mniej więcej po roku znowu nastąpiła 4 mies. przerwa, poczem znowu prawidłowo miesiączkowała; ostatnio *amenorrhoea* od 5-ciu mies. Tyreoidyna, jak powyżej, miesiączka po 10-ciu dniach przyjmowania tyoreidyny.

6. M. C., l. 39; 1-sze miesiączkowanie w 16-ym roku życia, co 4 tygodnie po 2 do 3 dni. Porodów 0. Poronienie 1; od roku miesiączka co 2 — 3 miesiące po 6 do 7 dni; obecnie *amenorrhoea* od 4-ch miesięcy. Tyreoidyna jak powyżej. Miesiączka po 12-u dniach.

7. M. J., l. 38; 1-sze miesiączkowanie w 16-ym roku życia, potem co 4 tygodnie po 1 do 2-ch dni, skąpe; porodów 3; po każdym porodzie *amenorrhoea* przez czas dłuższy do 1 r. 4-ch miesięcy: ostatni poród przed 3-ma laty. *Amenorrhoea* od 3 ch miesięcy. Tyreoidyna — regularność po 3-ch tygodniach.

8. M. R., l. 24; 1-sze miesiączkowanie od 15 roku życia, potem co 2—3 miesiące po 4 do 5 dni; po 2-ch latach, co 4 tygodnie po 2—3 dni; ostatnio *amenorrhoea* od 2-ch mies. Tyreoidyna jak powyżej, miesiączka po 10 dniach.

9. M. W., l. 26; 1-sze miesiączkowanie w 15-ym roku życia; odtąd nieprawidłowo, co 5—6 tyg. W ciążę nie zachodziła; ostatnio *amenorrhoea* od 2-ch miesięcy. Tyreoidyna jak powyżej, miesiączka po 3-ch tygodniach.

10. H. C., l. 37; 1-sze miesiączkowanie w 14-ym roku życia; odtąd prawidłowo, co 4 tyg. po 3 — 4 dni. Porodów 6; poronień nie było. Po pierwszym porodzie *amenorrhoea* przez 2 lata; ostatni poród przed 3 laty. *Amenorrhoea* od 4-ch miesięcy. Tyreoidyna jak powyżej, miesiączka po 2-ch tygodniach.

11. W. P., l. 38; pierwsze miesiączkonie w 16-ym roku życia; po 6-cio miesięcznej przerwie zaczęła miesiączkować prawidłowo, co 4 tyg. po 2—3 dni. W ciążę nie zachodziła; od 3-ch miesięcy *amenorrhoea.* Tyreoidyna jak powyżej, miesiączka po 12 dniach.

12. S. G., l. 33; 1-sze miesiączkowanie w 14-ym roku życia, odtąd co 4 tyg. po 6 — 7 dni. Porodów 3. Poronień 8; ostatnie poronienie przed 2 laty; w związku z poronieniem wyskrobanie macicy. Od tego czasu *amenorrhoea.* Tyreoidyna jak powyżej, miesiączka po 2-ch tygodniach, bardzo skąpa. W następnym miesiącu wystąpiło mierne krwawienie, trwające 2 dni.

U wszystkich 12 kobiet nie dało się stwierdzić jakichkolwiek zmian w organach płciowych lub też w ustroju. Miałem zatem powody do przypuszczenia, że poza brakiem krwawienia miesiączkowego, wszelkie inne wewnętrzno — wydzielnicze czynności jajników zostały zachowane.

Wszystkie te przypadki były leczone przezemnie tyreoidyną „Lumièra", we wszystkich przypadkach po 2 — 3 tygod dniach otrzymałem doskonały wynik: chore zaczęły miesiączkować, nastąpiło okresowe krwawienie z jamy macicy Jedną z tych chorych miałem możność obserwowania przez czas dłuższy—1 rok.

Chora ta przyjmowała w ciągu 3-ch miesięcy tyreoidynę i tylko w 4-tym tygodniu cyklu. Przez cały ten czas miesiączkowała prawidłowo. Drugą chorą obserwowałem 8 miesięcy, przyjmowała również w ciągu 3-ch miesięcy tyreoidynę i miesiączkowała prawidłowo.

W piśmiennictwie spotykamy się dość często ze spostrzeżeniem (*Aschner*), że w niektórych przypadkach czasowego braku miesiączkowania można osiągnąć dobre wyniki przez podanie tyreoidyny.

Na czem zjawisko to polega?

Nasuwa się przedewszystkiem przypuszczenie, że, być może, istnieje pewna kategorja przypadków czasowego braku miesiączkowania, który mija pod wpływem podania tyreoidyny; nasuwa się przypuszczenie, czy nie mamy tu do czynienia z odrębną postacią kliniczną. Pewne rozważania przemawiałyby na korzyść tego założenia.

Jak wiadomo, cykl miesiączkowania, na podstawie badań *Frenkla, Schrodera, Johna Müllera, Rob. Meyer'a, Wiczyńskiego* i innych, odbywa się w następujący sposób:

Tablica nr. 1.

(według Schrödera).

<table>
<tr><td>Dzień cyklu</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>12</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>14</td><td>15</td></tr>
<tr><td>Macica (uterus)</td><td colspan="13">Okres wydzielania (Stad. secretionis)</td><td colspan="4">Miesiączkowanie</td><td colspan="10">Okres bujania (stad. proliferationis.)</td></tr>
<tr><td>Jajnik (ovarium)</td><td colspan="10">Ciałko żółte (corpus luteum).</td><td colspan="7">Okres wstecznego rozwoju ciałka żółtego</td><td colspan="10">Rozrost pęcherzyka Graafa</td></tr>
</table>

Przy tej sposobności należy wspomnieć, że aczkolwiek w ostatnich czasach powyższy pogląd zwalczany jest przez innych autorów, zwłaszcza przez *Schikelego*, to jednakże wobec stosunkowo małego materjału, na podstawie którego *Schikele* dochodzi do innych wniosków, niż *Frenkel, Schroeder, John Müller* i inni, dominuje pogląd ostatnich wymienionych autorów.

Zgodnie z badaniami *Rob. Meyer'a* ciałko żółte wstępuje w okres wstecznego rozwoju w czwartym tygodniu cyklu, czyli na kilka dni przed wystąpieniem miesiączki. W, tym okresie odpowiadającym *praemenstruum*, mamy do zanotowania odpadnięcie antagonisty gruczołu tarczowego, albowiem ciałko żółte, zgodnie z badaniami *Biedl'a, L. Frenkl'a, Pachon'a i Goldstein'a* i innych, znajduje się w antagoniźmie do gruczołu tarczowego. Odpadnięcie zaś antagonisty gruczołu tarczowego w okresie *praemenstruum* powinnoby wywołać spotęgowane działanie gruczołu tarczowego w tym okresie.

Jeżeli zatem do tablicy Nr. 1 dodamy działanie gruczołu tarczowego w związku z cyklem jajeczkowania, otrzymamy następującą tablicę:

Tablica nr. 2.

(Schroeder—Torończyk).

Dzień cyklu	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25	26 27 28	1 2 3 4	5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
Macica (uterus)	Okres wydzielania (Stad. secretionis)		Miesiączkowanie	Okres bujania (Stad. proliferationis.)
Jajnik (ovarium)	Ciałko żółte (Corpus luteum)	Okres wstecznego rozwoju ciałka żółtego		Rozrost pęcherzyka Graafa
Gruczoł tarczowy (gl. thyreoidea)	Zmniejszona czynność (ciałko żółte znajduje się w antagonizmie w stosunku do gruczołu tarczowego).	Zwiększona czynność (przez odpadnięcie hamującego czynnika ze strony ciałka żółtego)		**Zwiększona czynność.**

Że wzmożone działanie tarczycy w okresie praemenstruum istotnie ma miejsce, mogą nas przekonać mikrochemiczne badania *Maurer'a*. *Maurer* mianowicie, posługując się nader subtelną techniką, mógł stwierdzić na całym szeregu przypadków, że zawartość jodu pochodzenia tarczowego we krwi zwiększa się bardzo znacznie, bo aż do 100% w okresie *praemenstruum*, przyczem maximum powiększenia przypada na 1 dzień przed miesiączką. (Arch. f. Gyn. 130.1).

Fakt powyższy daje nam podstawę do przypuszczenia, że normalnie, w warunkach fizjologicznych, mamy do czynienia ze spotęgowaną czynnością gruczołu tarczowego w *praemenstruum*.

Głęboki związek pomiędzy gruczołem tarczowym a organami płciowemi znany jest oddawna. Wystarczy wspomnieć o tych wszystkich schorzeniach gruczołu tarczowego, które biorą początek w krytycznych okresach kobiety: w okresie pokwitania, ciąży i przekwitania. Już z tego tylko można wnioskować, że istnieje znacznie więcej kobiet, niżby napozór się zdawało z konstytucyjnie mniejwartościowym gruczołem tarczowym. W tym samem sensie mówił *Winz* na ostatnim zjeździe niemieckiego towarzystwa ginekologicznego w Bonn. Ta mniejwartościowość, która w zwykłych warunkach nie przejawia się w niczem, może łatwo dawać zaburzenia w okresach krytycznych, kiedy ze strony gruczołu tarczowego wymagany jest większy wysiłek. Takim, do pewnego stopnia krytycznym okresem, jest również miesiączkowanie (*Aschner*). *Curschman* swego czasu zwrócił uwagę na fakt powiększającej się liczby obrzęków śluzakowatych podczas wojny i to u osób, które poprzednio, zdawałoby się, były zupełnie zdrowe. Prawdopodobnie musiało tu chodzić o osoby z konstytucyjnie mniej wartościowym gruczołem tarczowym. Niewydolność tarczycy pod wpływem pewnych szkodliwych momentów, być może skutkiem braku witamin, przeszła w stan patologiczny, prowadzący aż do obrzęku śluzakowatego. Niezależnie od wyraźnego stanu patologicznego, jakim jest obrzęk śluzakowaty, mniejwartościowość gruczołu tarczowego może się przejawić, zwłaszcza w warunkach mniej szkodliwych, w formie niedostatecznej tylko sprawności, bez wywołania głębszych zaburzeń. Ta niedomoga, że tak powiem, gruczołu tarczowego wystąpi najczęściej tam, gdzie z jego strony wymagany jest większy wysiłek. Taki wysiłek wymagany jest, jak to widać z tablicy Nr. 2, w chwili kiedy ma nastąpić okresowe krwawienie z jamy macicy. W tych przypadkach, kiedy z powodu jakichkolwiek przyczyn gruczoł tarczowy na ten wysiłek zdobyć się nie może, podaniem tyreoidyny przywracamy do pewnego stopnia fizjologiczną jego sprawność.

Reasumując powyższe otrzymujemy następujące wnioski:

1) W okresie miesiączkowania, ściśle mówiąc w czasie okresowego krwawienia z jamy macicy, czynność gruczołu tarczowego jest spotęgowana.

2) Stwierdzono istnienie konstytucyjnie mniejwartościowego gruczołu tarczowego.

Czy nie należałoby zatem myśleć, że obok wszystkich innych przyczyn, wywołujących czasowy brak miesiączkowania, może istnieć grupa przypadków *amenorrhoeae* na tle mniejszej wartościowości gruczołu tarczowego.

Gruczoł tarczowy i miesiączkowanie.

Przypatrując się tablicy Nr. 2 otrzymuje się wrażenie, że cykl miesiączkowania składa się właściwie z dwuch części: z części twórczej — będzie to cały ten okres począwszy od chwili, kiedy pęcherzyk Graafa zaczyna się rozrastać, aż do śmierci jaja i z części destrukcyjnej — będzie to okresowe krwawienie z jamy macicy, krwawienie mające na celu usunięcie niepotrzebnie przygotowanej błony śluzowej macicy, jednem słowem poronienie niezapłodnionego jaja.

Rozrost pęcherzyka, według *Frenkla, Schroedera, John Müllera* i innych, rozpoczyna się mniej więcej od piątego dnia po wystąpieniu miesiączkowania. Według tychże autorów jajeczkowanie następuje około 15 — 16 dnia; niezapłodnione zaś jaje ginie według *Schroedera* po 10 — 11 dniach, według innych znacznie wcześniej, najpóźniej zatem około 25 — 26 dnia, licząc od pierwszego dnia miesiączkowania. Zatem okres twórczy cyklu mieściłby się w granicach od 5-go do 25-go — 26-go dnia. Część zaś destrukcyjna zajmowałaby czas od 1-go — 5-go dnia miesiączki. Gdyby tak istotnie było, musielibyśmy przyjąć, że pomiędzy 25 a 28 dniem cyklu występuje w życiu jajnika dwudniowa, trzydniowa przerwa, cisza w zakresie czynności generatywnej jajnika, nie obejmująca, rzecz prosta, innych wydzielniczych czynności jajnika: jaje bowiem obumarło, a ciałko żółte wstępuje w okres wstecznego rozwoju. Po dwuch lub trzech dniach takiej ciszy występuje krwawienie; rozpoczyna się ostatni akt cyklu: destrukcja niepotrzebnego już łoża.

O ile w jajniku w tym okresie ciszy nie obserwujemy żadnego większego życia, to natomiast w gruczole tarczowym rzecz się ma wręcz odwrotnie. W miarę wstecznego rozwoju ciałka żółtego odpada coraz bardziej jego hamujące, czy też, jak inni autorowie to nazywają, neutralizujące działanie na gruczoł tarczowy, temsamem działanie tarczycy w okresie praemenstrualnym powinno być coraz większe. Zjawisko to łatwo nawet zaobserwować makroskopowo. U wielu kobiet bowiem w tym okresie można zauważyć powiększony gruczoł tarczowy. *Potocky, Weidemann*, która czyniła pomiary gruczołu tarczowego na 150 kobietach przed miesiączkowaniem, w czasie i po miesiączkowaniu, mogła stwierdzić zwiększony gruczoł tarczowy w okresie praemenstrualnym, przyczem maximum powiększenia przypadało na dzień przed krwawieniem.

Badania mikrochemiczne *Maurer'a* dokonane na szeregu przypadków wykazały również, jak przytoczyłem już powyżej, że ilość jodu we krwi, pochodzenia tarczowego, zwiększa się bardzo znacznie, do 100% w *praemenstruum*.

Mimowoli nasuwa się myśl, jak dalece bierze udział gruczoł tarczowy w akcie wywołania okresowego krwawienia, czy może nawet tylko i wyłącznie od niego wychodzi bodziec wywołujący krwawienie miesiączkowe. Niektóre argumenty przemawiałyby na korzyść tego założenia. A mianowicie:

1. W okresie *praemenstruum* odpada hamujące, czy też neutralizujące, działanie ciałka żółtego na gruczoł tarczowy. Makroskopowo staje się widocznem powiększenie gruczołu tarczowego; chemicznie daje się stwierdzić w tym okresie znacznie zwiększona ilość jodu we krwi, pochodzenia tarczowego. (*Potocky, Weidemann, Maurer*).

2. Powtóre: Sama mechanika okresowego krwawienia: krwawienie występuje z powodu przerwania naczyń i wylewu krwi pod warstwę czynnościową; jest to odruch naczynioruchowy, par excellence; wiadomem zaś jest, jak bardzo układ naczynioruchowy związany jest z gruczołem tarczowym.

3. Potrzecie: Psychiczne afekty, jak obawa operacji, nagła radość i. t. p. często wywołują krwawienie z jamy macicy. Jak wiadomo psychiczne efekty idą w pa-

rze z zaburzeniami naczynioruchowemi (bladość, czerwienienie się), a te ze swej strony związane są z gruczołem tarczowym. Notujemy zatem trzecie spostrzeżenie: Wytrącenie z równowagi gruczołu tarczowego i jednocześnie występujące krwawienie z jamy macicy.

4. Czwartym z kolei argumentem mogłoby być krwawienie t. zw. zastępcze. Trudno przypuścić, aby krwawienia z błony śluzowej nosa, albo żołądka, wywołał jajnik. Prędzej byłoby do pomyślenia, że przyczyna tego krwawienia tkwi w układzie naczynioruchowym, a zatem raczej w gruczole tarczowym.

Stojąc na tem stanowisku, że z gruczołu tarczowego wychodzi ten bodziec, który wywołuje krwawienie menstruacyjne bardziej staje się zrozumiałe, dlaczego antagonista gruczołu tarczowego — ciałko żółte, z chwilą kiedy jaje zostało zapłodnione, zaczyna się rozwijać bardziej niż kiedykolwiek. Wtedy bowiem śluzówka macicy jeszcze istnieje, jeszcze się nie przekształciła w doczesną; zatem związek zapłodnionego jaja z macicą jeszcze nie jest dość mocny i ciałko żółte hamując wtedy działanie gruczołu tarczowego stoi jakby na straży całości jaja. Nie wyłącza to oczywiście faktu, że ciałko żółte może spełnić i inne czynności, jak: wpływ na powstanie doczesnej, łożyska, niedopuszczenie do jajeczkowania nowych pęcherzyków, (*Kehrer, Seitz*). Być może, że ma również wpływ na rozwój gruczołu mlecznego (*Aschner, Grigorius*).

Już w drugim miesiącu ciąży występuje na widownię nowy antagonista gruczołu tarczowego w postaci gruczołu mlecznego (*Kehrer*). Jeśli nawet zdania co do tego, że gruczoł mleczny stanowi gruczoł o charakterze wewnętrznego wydzielania są podzielone, to jednakże ostatnio ogłoszone prace doświadczalne *Castano, Ikegami*, przemawiają raczej za tem, że jestto gruczoł o wydzieleniu wewnętrznem. I bardzo być może, że gruczoł mleczny, rozrastając się, bierze na siebie coraz bardziej zastępcze działanie hamujące na gruczoł tarczowy (*Ikegami*) ze strony ciałka żółtego i wywołuje wsteczny rozwój ciałka żółtego.

Te przypadki obrzęków u ciężarnych, które tak łatwo przechodzą pod wpływem tyreoidyny (*Bek*) można byłoby również dobrze wytłomaczyć tak konstytucyjną mniej wartościową gruczołu tarczowego z jednej strony, jak i zbyt silnem hamującem działaniem ze strony nadmiernie rozwiniętego gruczołu mlecznego, lub też skojarzonem działaniem zbytnio przedłużonego istnienia ciałka żółtego + gruczoł mleczny. Ciekawe byłyby obserwacje w tym kierunku, czy u osób takich nie daje się zauważyć zbyt silnego rozrostu gruczołu mlecznego. W okresie karmienia znowu jesteśmy świadkami zjawiska, że im wcześniej matką przestaje karmić, im wcześniej za tem odpada hamujący czynnik na gruczoł tarczowy, tem wcześniej występują krwawienia miesiączkowe.

Rozważając powyższe musimy się zgodzić przynajmniej co do jednego, a mianowicie: w każdem krwawieniu z jamy macicy, o ile nie zostało ono wręcz wywołane przez schorzenie narządów rodnych, w ten lub inny sposób zawsze bierze udział gruczoł tarczowy. I naodwrót we wszystkich przypadkach, w których ustrój z przyczyn fizjologicznych chce się uchronić od krwawienia z jamy macicy, znajdujemy zawsze zwiększone działanie antagonisty gruczołu tarczowego.

Rzecz oczywista, że tylko doświadczenia nad małpami wyższych gatunków mogłyby sprawę tę zupełnie wyjaśnić, gdyż poza wspomnianemi małpami niema analogji w świecie zwierzęcym z miesiączką u kobiet. Ruja bowiem u zwierząt jest wyrazem narodzin jajeczka, miesiączka zaś jest zawsze wyrazem śmierci jaja. Niestety nie mam małp do dyspozycji. Powołam się tylko na doświadczenia G. Döderlein'a ogłoszone w jego referacie na XX zjeździe niemieckiego towarzystwa ginekologicznego w Bonn: „samice karmione tyreoidyną, parzone z samcami nieotrzymującymi tyreoidyny w ciążę nie zachodziły; zachodziły natychmiast po wycofaniu z pokarmów tyreoidyny."

Biorąc pod uwagę ostatnio ogłoszoną pracę Zondek'a i Aschheim'a (Arch.. f. Gyn. 130. 1. 1927 r.), stwierdzającą niezbicie, że przedni płat przysadki mózgowej jest motorem wprowadzającym w ruch hormony jajnika, wyobrażam sobie cykl miesiączkowy w następujący sposób:

Hormon przedniego płatu przysadki mózgowej wprowadza w ruch hormon jajnikowy. Po jajeczkowaniu tworzy się ciałko żółte, które znajduje się w stanie czynnym dopóki jaje żyje.

Z chwilą obumarcia niezapłodnionego jaja kończy się okres twórczy cyklu. Rozpoczynają się zmiany wsteczne ciałka żółtego i równorzędnie z tem występuje coraz bardziej spotęgowane działanie gruczołu tarczowego, które z jednej strony prowadzi do krwawienia miesiączkowego (okres destrukcyjny), z drugiej strony, jako gruczoł skojarzony czynnościowo z przysadką, pobudza przedni płat przysadki, którego hormony pobudzają jajnik i t. d.

W tem miejscu pozwalam sobie podziękować p. Prof. Czyżewiczowi i p. Doc. Lorentowiczowi za udzielenie mi nader cennych wskazówek i życzliwą pomoc.

Klimat a cywilizacja.

W ostatnim numerze (15) „*Paris medical*" znajdujemy artykuł *H. Gros'a* poświęcony tak obecnie żywo omawianej teorji *Huntingtona*. Poniżej podajemy najważniejsze poglądy i hipotezy tego badacza, w przekonaniu, że aczkolwiek teorje te napozór nie mają nic wspólnego z medycyną, to jednak zaznajomienie się z niemi jest nietylko ciekawe, ale i dla niżej podanych powodów dla lekarzy pożyteczne.

Profesor geografji w Yale (Półn. Stany Zjednoczone) *Ellsworth Huntington* jest nietylko geografem, lecz i archeologiem, a nadewszystko podróżnikiem. Podczas swych podróży w Azji zwrócił on uwagę na ruiny i wykopaliska świadczące o wysokiej kulturze wygasłych obecnie narodów i o gęstem niegdyś zaludnieniu miejscowości, obecnie pustynnych i o skąpej ludności. Jak wiadomo, w Afryce i w Ameryce również nie brak przykładów takiego zupełnego zaniku niegdyś kwitnącej kultury dziś wymarłych ludów. *Huntington* powziął przekonanie, że przyczyna tych zjawisk musi być wspólna i że szukać jej należy nie w czynnikach zewnętrznych takich jak np. wojny, lecz we wpływach daleko głębszych i dalej sięgających, mianowicie w zmianach klimatu. Teorja więc *Huntington'a* składa się z dwóch założeń: po pierwsze, że w czasach już historycznych zachodziły duże zmiany warunków klimatycznych w pewnych miejscowościach i powtóre, że zmiany te występują nie dowolnie, lecz w pewnych określonych odstępach czasu, zdradzając pewien rytm, są to jakby fale ogarniające ten lub inny ląd, co też skłoniło *Huntington'a* do porównania tej rytmiczności z tętnem, jakś wiadczy tytuł jednej z jego prac (The pulse of Asia). Rozbudowując swą teorję przyszedł *Huntington* do wniosków, że zmiany powyższe występują jednocześnie na lądach Starego i Nowego Świata i że rytm ich znajduje się w ścisłej zależności od słońca. Rzecz prosta, iż większe zmiany klimatu muszą się odbijać na mieszkańcach kraju, gdzie te zmiany zachodzą, stąd wniosek o wybitnym wpływie zmian klimatu na historję ludzkości, w szczególności na występowanie i zanik cywilizacji, do czego jeszcze powrócimy poniżej. Idea sama wpływu klimatu na losy ludzkości oczywiście nie jest bynajmniej nową, zasługą *Huntingtona* pozostaje naukowe jej udokumentowanie. Należało bowiem dowieść, że przypuszczenia powyższe są słuszne, a więc przedewszystkiem, że klimat ulegał większym zmianom już w czasach historycznych. Jako dowody słuszności swej teorji przytacza *Huntington* niektóre dane geologiczne, a zwłaszcza badania słojów rocznych na przekrojach tysiącletnich drzew, np. świerków amerykańskich (sequoia Washingtonia). Jak wiadomo grubość poszczególnego słoju stoi w ścisłym związku z mniejszą lub większą wilgotnością danego roku. Badanie powyższe wykazały w rzeczywistości pewną okresowość lat suchych i wilgotnych, okresowość podobną do okresowych również zmian w układzie plam słonecznych. Badania te zostały potwierdzone przez *Douglas'a* na drzewach europejskich. Co więcej, okazało się, że przesłanki teoretyczne *Huntington'a* co do zmian klimatu, a więc przypuszczenie, że kraje o zamierzchłej dziś kulturze ongiś posia-

dały klimat o wiele wilgotniejszy, zostały całkowicie potwierdzone. W ten sposób teorja rytmiczna zmian klimatycznych przestała być gołosłowną hypotezą. *Huntington* jednakże uzależnia zanik cywilizacji nie tylko bezpośrednio od zmian klimatu. Znowuż skrzętnie dokumentując swe przypuszczenia twierdzi on, że i zniszczenie dawnych cywilizacji przez wojny, najścia itp. również są właściwie uwarunkowane zmianami klimatycznemi, zmuszającemi hordy barbarzyńców do zmiany miejsca pobytu. Są to epoki wielkich susz; pierwsza z nich miała miejsce około 1200 lat przed naszą erą i zakończyła się zniszczeniem cywilizacji w Egipcie i Mezopotamji. Drugi taki okres przypadł na wiek VII — najście szczepów muzułmańskich, wreszcie trzeci wydarzył się około 1200 roku i odpowiadał najściu hord Czyngishana.

Zmiany powyższe klimatu odbywały się szybko, nie mogły więc zależeć od czynników wywierających bezsprzecznie wpływ na klimat, ale działających bardzo powoli, jedyne możliwe wytłumaczenie tych zmian to związanie ich przyczynowe z zaburzeniamiw układzie plam słonecznych. Zmiany te polegają na przesunięciu pasa burz bądź w kierunku równika, bądź odwrotnie, co natychmiastowo odbija się na uwilgotnieniu i temperaturze. Autor amerykański nie ogranicza się bowiem na stwierdzeniu tylko faktu — oddziaływania klimatu na ludzkość — faktu i przed nim dobrze znanego. Usiłuje on wyodrębnić te czynniki klimatyczne, których wpływ przedewszystkiem się uwydatnia. Obok wilgotności powietrza, umiarkowanej i zmiennej temperatury przywiązuje on duże znaczenie do burz, widząc w wyładowaniach elektrycznych i nagłych zmianach temperatury bodziec sprzyjający rozwojowi cywilizacyjnemu. Posuwa się on jeszcze dalej, odróżnia „klimat pobudzający" i „klimat przygnębiający". Klimat pobudzający posiadają obecnie podług niego Anglja i Szkocja, większa część Francji, Holandja i Belgja, Szwajcarja, Niemcy, część Skandynawji, kraje nad Bałtykiem, północne Włochy i zachodnia część Austrji; następnie w Ameryce większa część północnej Ameryki, w Azji natomiast jedynie Japonja.

Klimat ten sprzyjający zdaniem *Huntington'a* pracy tak intelektualnej jak i fizycznej, daleki jest od owego łagodnego, równomiernego klimatu, który tak długo był uważany za idealny. Trzeba oddać sprawiedliwość *Huntington'owi*, że pomimo wszystko nie przesadza on w ocenie klimatu, jako czynnika sprzyjającego lub przeszkadzającego cywilizacji i rozwojowi, podkreśla on niejednokrotnie, że stanowi on tylko jedną z przyczyn, postępu, lub zaniku kultury danego kraju, ale obok tego oczywiście i inne czynniki odgrywają rolę, jak np. rasa, stopień już osiągniętej cywilizacji i t p.

Huntington bynajmniej nie jest ani pierwszym, ani też jedynym badaczem wpływów klimatycznych na ludzkość. Jednakże dopiero jemu udało się połączyć w całość poszczególne fakty, udowodnić i wytłumaczyć je naukowo i zbudować w ten sposób logiczną i uzasadnioną teorję. Nie jest on przytem pesymistą, wierzy w możliwość opanowania w pewnej mierze klimatu, a więc uniknięcia jego zgubnego wpływu. Również zdaniem jego w przyszłości będziemy zmiany klimatu przewidywali, nie zaskoczą one nas niespodzianie.

Teorja ta, niezaprzeczenie ciekawa, posiada tylko luźny związek z medycyną. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę inne hypotezy i poglądy obecnie wygłaszane, np. wpływu wahań barometrycznych na niektóre choroby (częste wypadki śmierci u chorych sercowych podczas nagłych zmian ciśnienia atmosferycznego) stosunku plam słonecznych do wybuchu i przebiegu epidemji, wpływu elektryczności na częstość i ciężkość niektórych zachorzeń, to przekonamy się, że jesteśmy świadkami zwrotu zasadniczego w naszych pojęciach o istocie choroby. O ile na początku bieżącego stulecia wszystko sprowadzało się do zaburzeń komórkowych, względnie czynników drobnoustrojowych, a więc do spraw odgrywających się w samym ustroju, to obecnie coraz więcej zrozumienie zyskuje pogląd, że jesteśmy tylko cząstką wszechświata i że wszelkie zaburzenia kosmiczne nie mogą pozostawać bez wpływu. Przyszłość pokaże, co z tych teoryj okaże się słuszne, a co będzie odrzucone, w każdym razie powstawanie ich należy powitać jako fakt wskazujący na próby rozszerzenia naszego światopoglądu.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Gruźlicze schorzenie gruczołów tchawiczo-wo-oskrzelowych u dorosłych. A. Pratsicas. *Journ. de Méd. de Lyon str. 135, r. 1928.*

Autor podkreśla, że w dotychczasowych podręcznikach znajdujemy szerokie opisy gruźliczego schorzenia gruczołów tchawicowo - oskrzelowych u dzieci, gdy natomiast sprawa ta jest pomijana niemal milczeniem, gdy chodzi o ludzi starszych. Gruczołowe schorzenie przebiega w dzieciństwie pod dwiema postaciami: a) pod postacią serowaciejącą o przebiegu ciężkim, wywołaną przez pierwotne zakażenie znaczną ilością prątków, b) pod postacią dobrotliwą, w której anatomo-patologicznie wykazać można przeważające bujanie tkanki łącznej przy braku, lub względnie przy nieznacznej ilości drobnych ognisk serowaciejących. Ze względu na to, że zakażenie pierwotne spotykamy przeważnie u dzieci, przeto rzadko widujemy u ludzi starszych znaczne serowacenie gruczołów, właściwe pierwotnemu zakażeniu, jakkolwiek tę postać spostrzegano i opisywano u ludzi dorosłych rasy czarnej, którzy sprowadzeni do Europy podczas wojny ulegli ostro przebiegającej gruźlicy. Druga postać, postać dobrotliwa, tak dobrze znana pedjatrom, znacznie rzadziej była rozważana w odniesieniu do ludzi dorosłych. Ta okoliczność skłania autora do zajęcia się tą sprawą.

Autor podkreśla następujące cechy gruźliczego schorzenia gruczołów tchawicowo - oskrzelowych o przebiegu łagodnym u osób dorosłych. Chorzy ci nagół są silni i skarżą się jedynie na wieczorne podwyżki ciepłoty, łatwość męczenia się, niezdolność do pracy, psychiczną depresję, napady histerji, zaburzenia trawienne, niemożność połykania (skurcze przełyku), zaparcia stolca, u kobiet bicie serca, ustanie menstruacji i t. p. Dlatego chorzy ci nie zgłaszają się ani do lekarza specjalisty chorób płucnych, ani też nie widuje się ich w szpitalach, a szukają oni raczej porady ze względu na swój stan nerwowy, lub też z powodu zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Najczęściej spotykamy tu ludzi młodych, lat 15 do 25, którzy czują się zmęczeni, zaczynają chudnąć, bądź to po przebyciu schorzeń zakaźnych, jak np. grypa, dur brzuszny i t. p., bądź też po przejściach natury psychicznej, bądź wreszcie bez żadnej wyraźnej przyczyny. Parogodzinne, wieczorne podwyżki ciepłoty rzadko przekraczają 37,5°. Chorzy ci, obok wymienionych skarg, cierpią na bóle krzyża, głowy oraz często mają głos „zasłonięty". Nierzadko wykazać można, że chorzy ci stykali się poprzednio z gruźlikami. Wystąpienie tych objawów szczególnie często widuje się na wiosnę i w lecie.

Przy badaniu tych chorych stwierdzamy oglądaniem gorsze odżywienie i niekiedy lekkie skrzywienie kręgosłupa. Opukiwaniem (zawsze lekkiem) stwierdzamy brak stłumień nad szczytami, natomiast wyraźne stłumienie występuje w części przykręgowej, dodatni objaw *Koranyi'ego* (tj. przytłumienie przy opukiwaniu kręgów w okolicy wnęk płucnych). Stłumienia przykręgowe zwykle są wyraźniejsze po stronie prawej niż po stronie lewej. Drżenie głosowe jest często wzmożone nad wnęką prawą. Przy wysłuchaniu stwierdzamy, w miejscu stłumień, bądź osłabienie szmerów pęcherzykowych, bądź też wdech oskrzelowy. W pierwszym wypadku chodzi o przesłonięcie płuc przez powiększone gruczoły, w drugim zaś o ucisk oskrzela. Niekiedy usłyszeć możemy rzężenia znikające szybko, które świadczą, że obok zajęcia gruczołów mamy też tarcie opłucnowe w okolicy wnęki. Ta postać zapalenia opłucnej może charakteryzować się częstymi nawrotami, jak to opisał *Pierry* pod nazwę *„pleurite à répétition"*. Objawów *d'Espine'a*, *d'Oelsnitz'a*, jako też i *Smith'a* prawie się nie spotyka. Badanie promieniami Roentgena wykazuje jasne pola płucne, zwłaszcza szczyty i powiększone gruczoły wnękowe, od których odchodzą pasma (*periadenitis*) w głąb płuc. Autor podkreśla, że ujemny wynik badania rentgenologicznego nie powinien nas wprowadzić w błąd, gdyż *Pébu i Dufourt* wykazali, że nawet gruczoły wielkości jabłka mogą nie dawać cienia na ekranie. Badanie krwi wykazuje tylko względną limfocytozę; natomiast badanie odczynu *Pirquet'a* posiada duże znaczenie, gdyż według badań *Jouset'a* bardzo silny odczyn u dorosłych wskazuje na czynną sprawę gruźliczą. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy zapalenie opłucnej międzypłatowe oraz zmiany zależne od skrzywienia kręgosłupa. Ze względu na podwyższoną ciepłotę należy wyłączyć zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie woreczka żółciowego, przewlekły nieżyt jelita grubego, chorobę *Basedowa*, zimnicę i *endocarditis lenta*. Należy też wyłączyć gruźlicze zmiany w płucach. Wreszcie wyłączyć trzeba chorobę *Hodgkin'a* i t. p.

Rozwój schorzenia może być następujący: a) skargi chorego i powyżej skreślone zmiany utrzymują się przez miesiące, a nawet lata, wykazując wahania zależne od pór roku i warunków zewnętrznych, b) schorzenie gruźlicze gruczołów przechodzi na tkankę płucną, na opłucną, otrzewną; rozwinąć się może gruźlicze zapalenie opon mózgowych, gruźlica kości (kręgów), wilk, c) przy odpowiedniem leczeniu stan ogólny poprawia się zupełnie, a zmiany stwierdzane metodami fizycznemi tracą znacznie na nasileniu. Rokowanie nagół jest dobre, zwłaszcza przy odpowiedniem leczeniu, należy się jednak liczyć z możliwością wystąpienia powikłań wyżej wyszczególnionych.

Trzeba tu podkreślić, że zmiany anatomiczne przy powyższem schorzeniu nie ulegają serowaceniu ale chodzi tu raczej o bujanie tkanki gruczołowej i tkanki łącznej z następowem stwardnieniem. Ze względu na brak wszelkich danych sekcyjnych patogeneza tego schorzenia nie jest całkowicie wyjaśniona. Według autora nie chodzi tu o zmiany

gruczołowe przy zakażeniu pierwotnem, ale raczej o zmiany następowe, które w wielu wypadkach stanowić mogą przejście, względnie punkt wyjścia dla spraw gruźliczych w różnych narządach, w szczególności zaś w sąsiednich (płuca). Autor nie sądzi, że opisane powyżej zmiany odpowiadają gruźliczym zmianom w płucach przebiegających pod postacią włóknistą, a opisanych przez *Besancon'a*, jako gruźlica zrębowa płuc *(lramile)*.

Autor odróżnia następujące postaci kliniczne gruźliczego schorzenia gruczołów tchawiczo-oskrzelowych: 1) postać przypominająca schorzenie ogólne ze względu na charakter znacznej gorączki przerywanej, wychudzenie i niedokrewność; 2) postać nerwowa (objawy neurasteniczne, zaburzenia naczynioruchowe, nerwica nerwu kulszowego i t. p.); 3). postać trawienna (skurcze przełyku, niedowład żołądka, zaparcie stolca typu spastycznego, dyspepsia dolorosa i t. d.); 4). postać sercowa (nerwica sercowa i t. d.); 5) postać skórna *(lupus erythematosus, lupus pernio)*; 6). postać gruczołowo-wkrewna (zaburzenia w miesiączkowaniu, *basedowismus* niedomoga wielogruczołowa); 7) postać nerkowa *(albuminuria praetuberculosa)*.

Leczenie winno być typu sanatorjalnego z uwzględnieniem zaburzeń ze strony różnych narządów.

Szczepienie ochronne noworodków przeciwko gruźlicy zapomocą B. C. G. A. Calmette. *Presse Méd. Nr. 3. r. 1928.*

W pracy powyższej zasłużony autor i twórca szczepionki przeciwgruźliczej podaje statystykę i rezultaty szczepień ochronnych powyższą wakcyna na podstawie materjału zebranego w czasie od 1 lipca 1924 roku do dnia 1 grudnia 1927 roku. Autor przypomina, że wakcyna ta zawiera prątki gruźlicze żywe, które dzięki specjalnemu sposobowi hodowania (długotrwałe przeszczepianie na pożywkach z żółcią) utraciło swą jadowitość tak, że po wstrzyknięciu nie wywołują zmian gruźliczych, a mimo to zachowują zdolność wytwarzania swoistych przeciwciał. Wakcynę podaje się noworodkom drogą doustną w trzech dawkach przedzielonych dwiema dobami, w ciągu pierwszych 10-ciu dni życia noworodka. W tym okresie życia, protoplazmatyczne komórki wyścielające jelita dziecka posiadają znaczną zdolność fagocytarną. Za ich pośrednictwem prątki dostają się do ustroju, pobudzając go do wytwarzania ciał ochronnych. 15-ego dnia po urodzeniu nabłonek cylindryczny jelita dziecka trudniej przepuszcza prątki i podawanie wakcyny w tym okresie służyć może raczej tylko dla wzmocnienia odporności, aniżeli dla jej stworzenia. Należy przypuszczać, że czas konieczny dla wytworzenia odporności przeciwgruźliczej wynosi u ludzi około 25-ciu dni, podobnie jak to stwierdzono u młodych cieląt.

W tym okresie czasu, do którego odnosi się powyższa statystyka, szczepiono we Francji 52,772 noworodków, z których 5,749 pochodziło z matek gruźliczych.

W dniu 1 grudnia 1927 r. mniej niż jeden rok życia liczyło 3,808 dzieci szczepionych, wśród których ogólna śmiertelność wynosiła 3.1% podczas gdy u dzieci nieszczepionych, ogólna śmiertelność wynosiła 8,5%. Śmiertelność z gruźlicy między tymi dziećmi wynosiła 0,9%, wobec śmiertelności z gruźlicy u dzieci żyjących w podobnych warunkach, lecz nieszczepionych wynosi 24% (najniższa cyfra) do 70% a nawet 80%. W Danji, gdzie śmiertelność z gruźlicy jest bodaj najniższa, wynosi ona jednak dla dzieci w tym samym okresie wieku 7.7%.

Instytut Pasteur'a posiada nadto dokładne dane dotyczące 1,941 dzieci, liczących od jednego do trzech i pół lat życia, szczepionych wakcyną przeciwgruźliczą i narażonych na zakażenie gruźlicze. Śmiertelność ogólna u tych dzieci wynosiła 1,2%, podczas gdy u dzieci nieszczepionych i narażonych lub nienarażonych na zakażenie wynosiła 1.6%. Podkreślić należy, że wśród tych dzieci, które zmarły na gruźlicę, najstarsze liczyło 16-cie miesięcy. Powyżej tego wieku, przypadku śmierci nie notowano.

Czas trwania odporności przechodzi ongiś żywione nadzieje, gdyż okazuje się, że dzieci szczepione przez *Weill-Halle i Turpin'a* przed 5-ciu laty są nadal odporne wobec zakażenia gruźliczego.

Gruźlica a dziedziczność. L. Bernard. *Presse Méd. Nr. 24. r. 1928.*

Autor przypomina, że w dawnych czasach, a nawet jeszcze i w ubiegłem stuleciu gruźlica uchodziła za schorzenie konstytucjonalne i dziedziczne. Dopiero kiedy *Villemin* w r. 1865, wykazał, że gruźlica jest chorobą, którą można przeszczepiać, dopiero wówczas rozpoczęto szereg badań, które doprowadziły do zajęcia stanowiska odrębnego i głoszącego, że gruźlicy się nie dziedziczy, lecz zaraża się nią dopiero w czasie lub po urodzeniu. Badania ostatniej doby nad przesączalnym zarazkiem gruźlicy zdaje się wstrząsać naszymi dotychczasowymi poglądami, co skłania autora do omówienia sprawy dziedziczności w odniesieniu do gruźlicy. Autor omawia poglądy na dziedziczenie gruźlicy według podziału *Landouzy'ego*, który odróżnia dziedziczenie zarodkowe i dziedziczenie podłoża.

Dziedziczenie zarodkowe. Wszyscy autorowie są zgodni, że nie może tu chodzić o dziedziczenie komórkowe, nikt bowiem nie widział nigdy prątka gruźliczego w spermatozoidach a *Sitzenfrey*, który stwierdził obecność prątka w jaju podaje sam, że jajo takie nie może być zapłodnione. Pojęcie zatem dziedziczenia zarodkowego gruźlicy odnosi się raczej do zakażenia prątkiem gruźliczym, który przeszedł przez łożysko. Ten sposób zakażenia ma istotnie miejsce, należy jednak do rzadkości, gdyż *Whitman i Greene* zebrali zaledwie 113 ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków. Autor słusznie zaznacza, że wobec rozpowszechnienia gruźlicy nawet kilkakrotnie większa liczba nie gra praktycznie żadnej roli. Fakt zmian gruźliczych w łożysku nie dowodzi jeszcze zakażenia płodu, gdyż odnośne badania sprawę tę dostatecznie wyjaśniły. Autor podkreśla, że jakkolwiek zakażenie przez łożysko może mieć miejsce i ma miejsce, to jednak dzieje się to rzadko.

Ostatnie badania *Calmette'a, Vallée'a, Nègre'a, i Boquet'a, Arloing'a i Dufourt'a* nad zarazkiem przesączalnym posiadają według autora duże znaczenie teoretyczne. W szczególności badania nad 100 dziećmi i płodami, pochodzącymi wyłącznie z matek dotkniętych gruźlicą, u których to dzieci i płodów zakażenie podczas i poporodowe było wykluczone, stwierdzono 21 śmierci. W 10-ciu przypadkach można było wykonać sekcję. Na tych 10 przypadków 9 razy stwierdzono przez przeszczepienie zmiany, które uważać należy bezwzględnie za charakterystyczne dla schorzenia wywołanego przez przesączalny zarazek gruźlicy. Obok tego faktu podkreślić należy spostrzeżenie dokonane już dawniej a dotyczące t. zw. „niewytłumaczonej śmierci" no-

worodków zrodzonych z matek gruźliczych. *Couvelaire* śmierć tych dzieci przypisuje „charłactwu wywołanemu przez postępujące zaburzenie odżywienia", podczas gdy *Calmette* mówi o toksycznym wpływie zarazku przesączalnego gruźlicy. Autor oponuje przeciwko powyższemu twierdzeniu *Calmette'a* ze względu na to, że dotychczas nie stwierdzono u dzieci zmarłych na tą „niewytłumaczoną śmierć" przesączalnych postaci prątka gruźliczego, następnie podnosi fakt, że odczyn skórny u dzieci zrodzonych przez matki gruźlicze, lecz natychmiast odłączonych, jest zawsze ujemny, podczas gdy u zakażonych przesączalnym zarazkiem, aczkolwiek nie zawsze, to jednak często odczyn ten jest dodatni. Wreszcie znaczne zmniejszenie się odsetka smierci dzieci zrodzonych przez matki gruźlicze (z 38% na 7.2%, *Couvelaire*), wskutek ulepszenia organizacji szpitalnej — przemawia przeciwko zbyt wielkiej roli, jaką przesączalny zarazek gruźlicy grać może w dziedziczeniu gruźlicy. Zdaniem autora wielkie znaczenie teoretyczne, jakie posiada odkrycie zarazka przesączalnego gruźlicy nie może jeszcze skłaniać do zmiany naszych pojęć o dziedziczeniu zarodkowem w etjologji gruźlicy.

D z i e d z i c z e n i e p o d ł o ż a. Autor rozpatruje cztery rodzaje pojęć. dotyczących właściwości i cech usposabiających do zakażenia gruźliczego bądź to we właściwościach komórki, bądź też w sokach ustrojowych, które dziedziczy płód po matce gruźliczej, a). Autor występuje przeciwko biologowi *R. Pearl'owi*, który na podstawie obszernej statystyki stworzył termin „skazy gruźliczej" pod którą rozumie skłonność do zakażenia gruźliczego. Zdaniem autora statystyka *Pearl'a* przemawia raczej za zakażeniem, które nastąpiło po urodzeniu się dziecka tem bardziej, że niektóre argumenty, (jak np. mniejsza częstość zakażenia u narodów starszych) nie wytrzymują krytyki. Co się tyczy odporności rasowej, na którą powołuje się *Pearl*, autor sądzi, że chodzi tu raczej o rasową konstytucję niezależną od samego schorzenia, lub dziedziczenia podłoża, b). Z wielu stron podnoszono usposobienie do zakażenia gruźliczego, usposobienie rodzinne i dziedziczne. Autor utrzymuje, że genus humanum należy wogóle do wrażliwych wobec gruźlicy, a odporność może być wywołana tylko przez samo zakażenie. c). Dziedziczenie odporności przeciwgruźliczej posiada najwięcej zwolenników. Jako dowód słuszności tego twierdzenia podkreślano mniej ostry przebieg tego schorzenia w krajach od dawna dotkniętych gruźlicą. Autor mniema, że chodzi tu raczej o zakażenia małą ilością prątków, działające jak wakcyna. Co się tyczy łagodnych lub ostrych postaci zakażenia u dzieci, co podnosi *Marfan*, autor tłumaczy je również przez mniej lub więcej masywne zakażenie. Autor nie może też zgodzić się na podstawie własnej statystyki z twierdzeniem np. *Drolet'a*, że w rodzinach gruźliczych gruźlica jest rzadszą u dzieci, aniżeli w rodzinach wolnych od tej choroby. Odmienne wyniki *Drolet'a* mają swe źródło w błędnej metodyce badania. Przeciwciała gruźlicze, które stwierdzono we krwi noworodków, w zgodzie z ogólnem prawem biologicznem nie zabezpieczają jednak przed zakażeniem, jak to wykazuje doświadczenie. d). Autor zbija wreszcie twierdzenia o dziedzicznej dystrofji gruźliczej (*Landouzy* i *Laederich*), dowodząc, że zarówno przedwczesne porody, mniejsza waga noworodków zrodzonych z matek gruźliczych, zwolniony wzrost tych dzieci zdarza się i przy innych schorzeniach, tak że niepodobna cech tych odnosić do gruźlicy.

Wreszcie autor podnosi, że hipotezy o dziedziczeniu podłoża gruźliczego nie są w zgodzie z prawami biologicznymi, gdyż dziedziczenie polega na zasadzie stałości, a nie zmienności. Trudno przypuszczać, aby przez sam fakt zakażenia gruźliczego ustrój mógł być tak głęboko dotknięty i trwale zmieniony w swej budowie i w swych czynnościach. Ostatecznym wnioskiem jest przeto uznanie faktu zakażenia gruźliczego przez zetknięcie, które w r o z s z e r z a n i u s i ę g r u ź l i c y posiada nieskończenie większe znaczenie, niż zakażenie przez łożysko, nie mówiąc już o nieudowodnionem według autora, dziedziczeniu podłoża.

Stosowanie rtęciowych środków moczopędnych. L. Blum i P. Carlier. *Presse Méd Nr. 25, r. 1928.*

Autorowie przypominają, że połączenia rtęciowe używane w całym świecie jako środki moczopędne mogą wywoływać też niepożądane powikłania, jak np. nagły wzrost ciepłoty z pogorszeniem stanu ogólnego, zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, jelita grubego a wreszcie u chorych na schorzenia wątroby wywołać mogą znaczne pogorszenia, doprowadzające wśród objawów cholemji do zejścia śmiertelnego. Odpowiednie użycie tych środków w przypadkach chorób wątroby, przebiegających z nagromadzeniem się płynu w jamie brzusznej jest tem trudniejsze i tem więcej wzbudza zastrzeżeń, że jednorazowe wstrzyknięcie niekiedy nie daje pożądanej diurezy. W tych przypadkach połączone stosowanie rtęciowych środków moczopędnych z dodaniem chlorku wapnia lub amonu daje odpowiednie wyniki.

Autorowie podają historję chorej lat 62, u której stwierdzono *cirrhosis hepatis atrophica* (*Laennec*) *cum ascitide et anasarca pedum*. Chora oddawała do 1 litra moczu. Ścisła djeta bezsolna i niewielkie dawki octanu potasu nie dały żadnego wyniku, wobec czego chorej wstrzyknięto 1,5cm novasurolu śródmięśniowo. Wieczorem ciepłota podwyższyła się do 39° wśród dreszczów, lecz ilość moczu nie wzmogła się. Bez skutku też pozostało wstrzykiwanie 2 ctgr. cjanku rtęci. Po trzech dniach odpoczynku i djety bezsolnej chorej podano chlorek wapnia w roztworze 12%-owym, w dawkach pojedyńczych do 40 ccm, a 120 do 130 ccm dziennie. W ciągu trzech do czterech dni ilość moczu wzrosła do 2 litrów. Przez cały czas podawania tego środka diureza ta trwała a chora straciła na wadze 8 kg. Po 15-tu dniach zaprzestano podawania chlorku wapnia, przyczem ilość moczu spadła do 1 litra dziennie. Trzykrotne wznowienie powyższego leczenia dawało zawsze podobne wyniki. Wobec jednak szybkiego narastania płynu w jamie brzusznej chorej wstrzyknięto śródmięśniowo 1 ccm neptalu, poczem ilość moczu wzrosła do 4 litrów. Po zaprzestaniu podawania chlorku wapnia co cztery dni ponawiane próby stosowania neptalu pozostały bez skutku. Chorej podano wobec tego 40 gr. chlorku wapnia w przeciągu czterech dni, poczem wstrzyknięto domięśniowo 1.5 ccm neptolu, co sprowadziło znowu diurezę w ilości przeszło 4 i pół litra moczu. Autorowie przytaczają nadto przypadek *cirrhosi hepatis ,cardiaca*, w którym wykazują dowodnie, że ani diuretyna sama, ani podawanie chlorku wapnia lub amonu, ani wstrzykiwanie rtęciowych połączeń stosowanych osobno, nie dawało pożądanego skutku, który pojawiał się jednak natychmiast skoro przed wstrzyknięciem połączeń rtęciowych chorego przygotowano djetą bezsolną i podawaniem chlorku. Autorowie tłumaczą

działanie powyższe tem, że leczenie chlorowe doprowadza do zakwaszenia chlorowego ze zmniejszeniem się ilości sodu w ustroju, czem przygotowują odpowiednie podłoże dla działania połączeń rtęciowych.

Ilość chlorku autorowie określają na 60 do 80 gr. rozłożonych na trzy dni. Naogół jednak w wielu przypadkach ilość 10 do 20 gr. dziennie przez trzy dni okaże się wystarczającą. Co się tyczy rodzaju chlorku autorowie podnoszą przyjemniejszy smak chlorku amonu, środek ten jednak może uszkadzać wątrobę, gdyż sól amonowa zamienia się w ustroju za pośrednictwem wątroby w mocznik. Chlorek wapnia posiada wpływ tonizujący na mięśń sercowy, a jako środek przeciwzapalny działa skutecznie u chorych gorączkujących. Obok przykrego smaku wywołuje jednak silne palenie w przełyku a nadto często trudne do zwalczenia zaparcie stolca.

Co się tyczy wskazań dla połączonego sposobu stosowania chlorku i rtęci autorowie wymieniają przedewszystkiem marskość wątroby, wywołaną zastojem lub zatruciem alkoholowem z następowem nagromadzeniem się płynu w jamie brzusznej. U chorych na schorzenia serca, powikłane zmianami w nerkach, z ogólnymi obrzękami należy być ostrożnym i stosować podawanie chlorku wówczas dopiero, gdy wstrzyknięcia połączeń rtęciowych pozostają bezskuteczne. U chorych nerkowych, obrzękłych stosować można podawanie chlorku w sposób ostrożny wówczas, gdy niema wzmożonego parcia a zatem w postaciach czystych nerczyc (nephrosis), w przypadkach tych można też wstrzykiwać w małych ilościach połączenia rtęciowe. W przypadkach nerczyc powikłanych zapaleniem kłębuszków podawanie chlorków (wapnia lub amonu) może być wprost niebezpiecznem. Stosowanie rtęci jest wtedy niestety również niebezpieczne. Autor zaleca nadto dłuższe podawanie chlorków i rzadkie, oraz w małych dawkach, wstrzyknięcia soli rtęciowych chorym gorączkującym, u których występuje zatrzymanie wody.

O wakcynoterapji ostrych schorzeń płuc. J. Minet. *Journ. méd. françaiṡ Nr. 2. 1928.*

Autor od lat ośmiu stosuje stale w ostrych schorzeniach płuc, w szczególności zaś w odoskrzelowem zapaleniu płuc, leczenie zapomocą szczepionki. Początkowo autor stosował zawsze autowakcynę, ze względu jednak na trudności hodowania drobnoustrojów z plwociny każdego chorego, przeszedł do stosowania wakcyny, która składała się z drobnoustrojów dobranych według wyników analizy mikroskopowej plwociny. Była to zatem wakcyna dostosowana do każdego przypadku. Lecz i przygotowanie tej szczepionki wymagało czasu, co stanowiło utrudnienie w leczeniu przypadków ostrych. Wobec tego autor przeszedł na leczenie zapaleń płuc płatowych, odoskrzelowych oraz nawałów (przekrwień) płucnych zapomocą wakcyny stałej, składającej się z: pneumokoków 100 miljonów, streptokokków 50 miljonów, stafilokokków 350 miljonów, bakterji pyocyanicznych 100 miljonów. Nadto autor stosował środki pomocnicze, jak np. okłady, tlen, środki nasercowe i t. p.

Autor podkreśla, że najlepsze wyniki otrzymał zapomocą wakcynoterapji u d z i e c i. Odsetek wyleczeń w 303 przypadkach wynosił 88%. Wstrzyknięcia stosowano codziennie w ilości wzrastającej: 1/3, — 1/2, — 3/4, — 1 ccm wakcyny i tę ostatnią ilość zastrzykiwał autor aż do ustąpienia gorączki. W wielu przypadkach ciepłota po upływie paru godzin spada, bez objawów wstrząsu, poczem szybko następuje wyleczenie. W innych zaś przypadkach objawy chorobowe występują w znacznie słabszym stopniu, poczem niebawem następuje wyleczenie.

U d o r o s ł y c h autor wstrzykuje początkowo 1/2 ccm wakcyny, o ile serce lub nerki są dotknięte sprawą chorobową, poczem stopniowo podnosi dawkę do 1 i 1/2 ccm, którą to dawkę powtarza codziennie, raz lub dwa razy na dzień, aż do zupełnego spadku gorączki. U dorosłych proces leczniczy postępuje podobnie, jak u dzieci, jakkolwiek odsetek wyleczeń jest mniej korzystny. W niektórych nawet przypadkach oprócz poprawy stanu ogólnego nie stwierdza się wpływu na sam przebieg choroby.

U s t a r c ó w postępować należy podobnie jak i u dorosłych, przyczem należy być bardzo ostrożnym w podnoszeniu dawki i nie zapominać o stosowaniu środków nasercowych.

Autor omawia ogólnie sposób działania wakcynoterapji, w szczególności zaś 1) wpływ wakcyny na tworzenie się odporności ustroju, 2) działanie wakcyny przez wstrząs wywołany białkiem bakterji oraz 3) działanie epifilaktyczne, opisane przez *Wright'a*. O ile powstawanie zjawisk odporności i wstrząsu jest do pewnego stopnia znane, o tyle działanie epifilaktyczne jest spostrzeżeniem nowem. *Wrigt* dowiódł, że przy zetknięciu się drobnoustrojów z krwią, niezależnie od tworzenia się w ustroju przeciwciał — na co potrzeba dłuższego czasu — niezależnie też od procesu fagocytozy, powstają ciała allotropowe i nieswoiste, wytworzone przez leukocyty i to natychmiast po zetknięciu się bakterji z krwią. Te ciała allotropowe posiadają zdolność zabijania drobnoustrojów. Dalsze badania *Wright'a* wykazały, że proces ten powstaje in vitro tylko wówczas, gdy istnieje odpowiedni stosunek ilości drobnoustrojów (wakcyny) do ilości krwi. Autor skłania się najbardziej do ostatniego tłumaczenia, zwłaszcza w przypadkach, w których polepszenie następuje natychmiast. Ze względu jednak na konieczność zachowania odpowiedniej ilości wakcyny zastrzykniętej dla wywołania odczynu epifilaktycznego, mogą w praktyce powstać znaczne trudności. Podkreślić należy, że odczyn epifilaktyczny jest nieswoisty, w czem autor widzi tłumaczenie działania bakterji pyocyanicznych, które według badań autora mogą nawet samoistnie, w zastosowaniu pod postacią wakcyny, sprowadzać wyleczenie mimo, że te drobnoustroje nie należą do rzędu tych, które najczęściej wywołują zmiany chorobowe w płucach. Wreszcie za nieswoistością działania wakcyny wogóle przemawia według autora fakt, że równie korzystne wyniki, jak wyżej podana własna jego wakcyna, wywołują też wakcyny *Weill'a i Dufourt'a* oraz *Duchon'a*.

O bakterjologji odoskrzelowych zapaleń płuc oraz o ich leczeniu zapomocą wakcyny Weill'a i Dufourt'a. A. Dufourt. *Journ. méd. françaiṡ nr. 2. r. 1928.*

Autor przeprowadziwszy krytykę badań nad florą ognisk zapalnych w płucach, dokonywanych po śmierci, opiera się w niniejszej pracy na doświadczeniach własnych polegających na hodowaniu bakterji, wydobytych zapomocą nakłucia płuca u chorych. Przy przeszło 200-tu nakłuciach autor nie widział ani razu niepożądanych powikłań. W 80°

badanych przypadków stwierdził obecność tylko jednego gatunku drobnoustrojów, w 20% zaś stwierdzał współistnienie więcej drobnoustrojów. Śmiertelność z powodu odoskrzelowego zapalenia płuc waha się zależnie od rodzaju drobnoustroju wywołującego schorzenie: w szczególności zaś przy obecności pneumokokków stwierdzono 27,7% śmiertelności; enterokokków 33,3%; streptokokków 72.2%. Częstość pojawiania się poszczególnych drobnoustrojów, jako przyczyny schorzenia, autor podaje w następującym porządku malejącym: pneumokokki, streptokokki, enterokokki, prątek *Pfeiffer'a*, stafilokokki; baccilus pneumoniae stwierdzono raz tylko i to w połączeniu z innymi drobnoustrojami. Na podstawie tych badań *Weill i Dufourt* używali początkowo wakcyny składającej się z pneumokokków, streptokków hemolitycznych i enterokokków. Niebawem jednak przekonali się, że wakcyna ta jest prawie bezskuteczna w przypadkach odoskrzelowego zapaleni płuc wywołanego przez streptokokki. Wobec znanego faktu, że istnieje znaczna ilość streptokokków chorobotwórczych, autorowie zmuszeni byli zrezygnować z wprowadzenia ich w skład w swojej wakcyny, gdyż należałoby uodporniać względem każdgo rodzaju streptokokka, co praktycznie jest b. trudnem zwłaszcza wobec jadowitości tegoż. Obecny skład wakcyny *Weill'a i Dufourt'a* jest następujący: 400 miljonów pneumokokków I. II III. 400 miljonów enterokokków i 200 miljonów stafilokokków i tetragenes w 1 ccm wakcyny. Wakcyna ta jest sterylizowana przez ogrzewanie i z reguły dobrze znoszona przez chorych. Autor dodaje, że w skład tej wakcyny nie wchodzą prątki błonicy, gdyż przeciwko błonicy wakcyna przeciwbłonicza nie działa i w tych przypadkach stosowanie surowicy przeciwbłoniczej gra zawsze najważniejszą rolę.

Do leczenia zapomocą wakcyny nadają się najlepiej przypadki ostrego odoskrzelowego zapalenia płuc. W przypadkach podostrego zapalenia można również niekiedy otrzymać korzystne wyniki. Natomiast sprawy przewlekłe raczej nie nadają się do tego sposobu leczenia. Według statystyk przytoczonych przez autora śmiertelność przypadków leczonych przy pomocy tej wakcyny jest znacznie zmniejszona. I tak *Robner i Goebrs* podają, że zapomocą wakcyny *Weill-Dufourt'a* obniżyli śmiertelność z 55% na 7.9%; *Beutler* z 64.2% na 25%. Wakcynę *Weill-Dufourt'a* stosowano również z wynikiem bardzo korzystnym w celach zapobiegawczych. Tu podnieść należy, że korzystny wpływ omawianej wakcyny stwierdzono na oddziale dla błonicy, w którym śmiertelność w latach przed stosowaniem wakcyny wynosiła 35,9% (z powodu zapalenia płuc odoskrzelowego 5.8%), a w latach, w których stosowano wakcynę śmiertelność wynosiła 9.30% (z powodu zapalenia płuc odoskrzelowego 4.6%. Sprawa ta dotychczas jest niewyjaśniona, gdy uwzględnimy te okoliczność, że wakcyna *Weill-Dufourt'a* nie zawiera prątków błoniczych. *Delore i Jouve* podkreślają, że stosowanie wakcyny *Weill-Dufourt'a* zmniejszyło znacznie śmiertelność u chorych operowanych z powodu schorzeń przewodu pokarmowego, u których odoskrzelowe zapalenie płuc wystąpiło jako powikłanie.

Leczenie zaczynać należy od dawek małych ($^1/_3$ do $^1/_2$ ccm) i wstrzykując codziennie powoli dojść do 1 ccm lub 1 i pół ccm. Wstrzykiwać należy tak długo, aż znikną wszystkie objawy chorobowe, a więc nawet wówczas, gdy gorączka już poprzednio opadła. Wakcynę stosować można i w pewnych odstępach czasu, nie obawiając się zupełnie wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego. Wreszcie autor raz jeszcze podkreśla, że wakcyna ta jest bezskuteczna przy zakażeniu streptokokkami, w których to wypadkach korzystne wyniki daje raczej stosowanie surowicy przeciwkostreptokokkowej, wytwarzanej w Instytucie Lugduńskim (Lyon). Jest rzeczą oczywistą, że ta wakcyna nie posiada też żadnego działania leczniczego w odoskrzelowych zapaleniach płuc na tle gruźliczem.

Leczenie krwawień płucnych. A. Jacquelin. *Journ. Médical francais, Nr. 2. r. 1928.*

Krwotoki płucne zajmują poważne miejsce w patologji oskrzeli i płuc. W ostatnich czasach podkreślano względną częstość krwotoków pochodzenia niegruźliczego, autor sądzi jednak, że pod tym względem posunięto się za daleko i dlatego w pracy niniejszej porusza przedewszystkiem leczenie krwotoków płucnych pochodzenia gruźliczego.

Istnieją cztery zasadnicze przyczyny gruźliczych krwotoków płuc: 1. przeżarcie naczynia przez ognisko serowaciejące; 2. pęknięcie małych tętniaków *Rasmussen'a*; 3. krwotoczne zapalenie gruźlicze płuc; 4. przekrwienie okolicy stwardnionego ogniska gruźliczego. Autor podkreśla, że z tych czterech przyczyn krwawienia, ostatnia zdarza się niewątpliwie najczęściej, że zatem gruźlica włóknista daje największy odsetek krwawień. W powstaniu przekrwienia różne czynniki grają rolę, których poznanie jest ważne ze względu na postępowanie zapobiegawcze. Tu należy wymienić przedewszystkiem skazę krwotoczną, bez względu na to czy chodzi o hemofilję, czy o schorzenia wątroby, czy o zaburzenia czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, nadmierną kruchość naczyń, czy wreszcie o zmiejszenie krzepliwości krwi. Krwawienia płucne są szkodliwe nie tylko dla tego, że powodują utratę krwi, ale i dla tego, że, przyspieszyć mogą proces gruźliczy, gdyż po krwawieniach następuje rozsypywanie się ognisk swoistych oraz zastój krwi w drogach oskrzeli. Wobec tego celem leczniczym jest możliwe ułatwienie usunięcia krwi zalegającej w drogach oddechowych i możliwe ochronienie chorego przed rozszerzeniem się procesu chorobowego.

Postępowanie zapobiegawcze wobec krwotoków płucnych u chorych, którzy częściej im ulegają polega przedewszystkiem na niestosowaniu środków mogących wywołać przekrwienie i usuwaniu przyczyn ogólnych, mógących pod tym względem ujemnie zadziałać. Do środków w tym wypadku niebezpiecznych należą: jod, arszenik (chorych gruźliczych, którzy ze względu na współistniejące zakażenie kiłowe muszą być leczeni swoiście, leczyć należy raczej zapomocą bizmutu; dla poprawy zaś stanu ogólnego należy ewentualnie stosować metylarseniany i to drogą doustną), kreozot i guajakol (które tak wielkie usługi oddają w leczeniu gruźlicy są wprawdzie mniej szkodliwe, należy je jednak w tym wypadku stosować bardzo ostrożnie). Leczenie przy pomocy tuberkuliny wywołać może u gruźlików skłonnych do krwioplucia również owe niepożądane przekrwienia, podobnie jak naświetlanie słońcem lub promieniami pozafjoletowymi. Jak wiadomo, również zmiana klimatu, (jak n. p. klimat morski lub wysoko górski) działa często niekorzystnie. Tu należy też wspomnieć o nadużyciach, które chorzy sami popełniają, stosując zbyt gwałtowne nacieranie klatki piersiowej nalewką jodową i t. p. Wreszcie wymienić tu należy zbyt obfite posiłki (zwłaszcza z alkoholem), a u kobiet

usposabiającym do krwawień płucnych jest okres menstruacyjny i przedmenstruacyjny. Powyższe czynniki działają szkodliwie na wszystkich chorych, mających skłonność do krwawień płucnych; nadto w niektórych przypadkach mamy do czynienia ze szczególnymi warunkami, które zasługują na specjalną uwagę. A więc zwalczać trzeba wzmożone tętnicze parcie krwi zapomocą odpowiedniej diety i środków obniżających to parcie; w przypadkach niedomogi wątroby stosować należy leczenie żółciopędne; przy zmniejszonej krzepliwosci krwi stosujemy środki hemostyptyczne. Najbardziej pod tym względem nadaje się chlorek wapnia w małych dawkach lub doustne podawanie końskiego serum hemopoetycznego (wprost zakazane są natomiast wstrzykiwania podskórne; tą drogą stosować można raczej tylko własną krew chorego (autohemoterapja). U kobiet z zaburzeniami w czynności jajników Sabourin poleca opoterapję jajnikową. U osób pobudliwych z żywą grą naczynioruchową, które są szczególnie skłonne do krwawień płucnych, unikać trzeba nagłych zmian ciepłoty zewnętrznej i zalecić im należy uważanie na siebie podczas gwałtowniejszych spadków barometrycznych.

Autor omawia leczenie krwawień płucnych zależnie od ich nasilenia.

W krwawieniach małych leczenie mus być stosowane z całą surowością, gdyż te małe krwawienia są często wstępem do obfitych krwotoków. Chory powinien zachować całkowity spokój w łóżku, w pozycji półsiedzącej (a nie leżącej), dolne kończyny powinny być ogrzane a nawet należy położyć na nie synapizmy (zwłaszcza u kobiet w okresie przed menstruacją). Bezwzględnem zaleceniem jest zupełne milczenie chorego; posiłki należy podawać płynne i chłodne, lecz nie za zimne (mrożone). Kaszel uspakajamy łagodnie za pomocą kodeiny lub bromoformu, trzeba jednak przy tem ułatwić odpluwanie plwociny i krwi przez podawanie małych dawek ipekakuany (szczególnie nadaje się w tym celu pulvis Doveri 3 do 4 razy dziennie po 0,3 gr). W tym okresie często podają także chlorek wapnia, a ostatnio polecają rozczyn pektyny doustnie.

W krwawieniach średnich ułożenie półsiedzące wydaje się również najlepszem: w ostatnich czasach *Bard* poleca ułożenie na boku przeciwległym stronie krwawiącej. Autor jest raczej zdania, że stosowanie okładów chłodnych lub lodu na klatkę piersiową nie posiada dostatecznego uzasadnienia, a nawet może być szkodliwem, podobnie jak podawanie pokarmów mrożonych. Ze środków hemostatycznych, według autora, nie należy stosować ani *tartarus stibiatus*, ani ipekakuany w dużych dawkach (wymiotnych, jak to polecał *Trousseau*) ani ergotyny lub ergotyniny ani wreszcie *amylum nitrosum*, adrenaliny lub wstrzykiwań surowicy. Autor nie poleca też podskórnych wstrzyknięć żelatyny, sądzi jednak, że małe ilości olejku kamforowego w krwawieniach mniejszych, a większe ilości olejku (4 do do 5 razy po 4 ccm na dobę) w krwawieniach obfitszych mogą być niekiedy skuteczne. Na czele wszystkich środków stoją dwa leki: Pierwszy z nich jest chlorek emetyny, który jako pochodny ipekakuany działa przedewszystkiem obniżająco na parcie tętnicze, wobec czego nadaje się szczególniej u tych chorych, u których parcie to jest zwiększone. U chorych z parciem obniżonem należy stosować ostrożnie emetynę i to zawsze w połączeniu z naparstnicą. Drugim środkiem, które stosowanie nie napotyka na żadne ograniczenia i który działa w sposób bardziej stały, jest wyciąg z tylnego płatu przysadki mózgowej. Wstrzykiwać go należy dożylnie w razie pośpiechu. w innych przypadkach podskórnie w dawce 1 ccm (co odpowiada 0,05 świeżej substancji) co 2 lub 3 godziny aż do ustania krwotoku. W następnych dniach wstrzykujemy rano i wieczór po jednej ampułce na kwadrans lub pół godziny przed chłodnym posiłkiem lub defekacją. Wyciąg przysadki stosować należy ostrożnie o ile obieramy drogę dożylną. Nie należy wtenczas przekraczać dawki 1/2 ccm. wstrzykuje się bardzo wolno, najlepiej rozcieńczając go poprzednio w 10 ccm płynu fizjologicznego. Działanie wyciągu z przysadki mózgowej polega również na obniżeniu parcia krwi, zwłaszcza w krążeniu małem.

Autor sądzi, że krwawienia bardzo obfite lub często powtarzające się mają miejsce przedewszystkiem wówczas, gdy chory nie przestrzegał ściśle zaleceń i przepisów, albo też wówczas, gdy krwawienia były nieodpowiednio leczone. Autor przytacza przypadek, wykazujący jasno skuteczność leczenia zapomocą wstrzyknięć dożylnych wyciągu z tylnego płatu przysadki mózgowej. Chodziło tu o chorego z jamą gruźliczą w płucu, z krwotokami wywołanymi najprawdopodobniej przez pęknięcie tętniaczków. *Rasmussen'a*. Chory ten w ciągu 48-miu godzin uległ pięciu bardzo obfitym krwotokom, tracąc za każdym razem po kilkaset ccm krwi w krótkich, parominutowych okresach. Każdy z tych krwotoków został natychmiast wstrzymany przez dożylne wstrzyknięcie wyciągu przysadki, mimo że przyczyną krwawienia nie było przekrwienie tkanki płucnej, ale otwarte naczynie krwionośne. W przypadkach takich uciec się można też do podwiązywania kończyn, możliwie wysoko, celem zatamowania odpływu krwi żylnej, jednak bez równoczesnego zamknięcia światła tętnic (tętno musi być wyczuwalne). Najdzielniejszym jednak środkiem zwalczającym krwawienia, należące do tej grupy jest — odma sztuczna. Oczywistem jest, że przed założeniem odmy należy upewnić się z której strony krwawienie ma miejsce. Zadanie to nie zawsze jest łatwem i w tym celu nieraz uciec się trzeba do prześwietlenia promieniami Roentgena. Zarówno prześwietlenie jak i założenie odmy sztucznej poprzedzone być musi zapobiegawczem zastrzyknięciem wyciągu przysadki. Celem szybkiego uciśnięcia płuca wprowadzić należy do jamy opłucnej odrazu większą ilość powietrza, według autora 500 do 600 ccm i więcej. Po udanym zabiegu, gdy krwawienie ustało i nie powtarza się więcej, należy przeprowadzić dokładne badanie chorego czy tę z konieczności założoną odmę sztuczną, można i trzeba nadal zachować i utrzymać.

Po ustaniu krwotoków należy choremu możliwie ułatwić odpluwanie plwociny i krwi: tylko suchy, męczący kaszel łagodnie uspakajamy zapomocą opium (nie używać *datura* lub *belladonny*). Dla uczynienia plwociny bardziej płynną podawać można *natrium benzoicum*. Nie potrzeba dodawać, że odma sztuczna niejako wyciska krew i plwocinę z dróg oddechowych, czyli tem samem działa niezwykle korzystnie w tym kierunku.

Co się tyczy dalszego przebiegu choroby, autor radzi uwzględnienie podziału, którego się trzyma *Besancon*, dzieląc krwawienia płucne na te, po których proces chorobowy szerzy się dalej, oraz na te, które są tylko wydarzeniem bez dalszych konsekwencji. Ze względu na ważkość, jaką posiada odmienne rokowanie gruźlicy w obu tych grupach, należy chorych możliwie długo i dokładnie obserwować.

Krwawienia płucne z innych przyczyn jak np. z powodu ropnia lub zgorzeli płuc trzeba leczyć w sposób opisany powyżej. Natomiast krwawienia z wyższych dróg oddechowych, np. z gardzieli lub krtani leczyć należy miejscowo zapomocą kauteryzacji, dokonanej przez laryngologa.

Z. Gorecki

CHIRURGJA.

Leczenie raka języka. Menegaux. *Journ. de Chir. T. XXXI — Nr. 1 styczeń 1928.*

Rozróżniamy leczenie chirurgiczne t. j. wycięcie częściowe języka drogą przez usta wraz z wyłuszczeniem gruczołów chłonnych podżuchwowych, podbródkowych i na przebiegu dużych naczyń szyi, leczenie skombinowane — wyłuszczenie operacyjne gruczołów i naświetlanie guza pierwotnego radem, i wreszcie wyłączną radoterapją — dotyczące i guza, i gruczołów.

W przypadkach raka języka w bardzo wczesnym okresie rozwoju należy stosować leczenie operacyjne, które tutaj daje powyżej 50% zupełnego wyleczenia, przyczem wyłuszczenie gruczołów w tych przypadkach bywa zwykle zbędne. W rakach bardziej zaawansowanych najlepsze wyniki daje wyłączna radoterapja (koło 40% wyleczenia); leczenie skombinowane — operacja, rad daje znaczną śmiertelność poperacyjną i ostateczne wyleczenie tylko w 20% przypadków. Stosując radoterapję, należy pamiętać o tem, żeby działanie radu dotyczyło całego guza, odbywało się jednostajnie, bez przerw i z dostateczną siłą, jednocześnie unikać należy naświetlania tkanek zdrowych. Jako powikłania radoterapji spotyka się: krwotoki (nieraz bardzo znaczne, a nawet śmiertelne), nekroza radowa — dotyczy przeważnie żuchwy, zakażenia i wreszcie zatrucia produktami rozpadu guza.

Raki języka w okresie daleko posuniętym nie nadają się ani do leczenia chirurgicznego, ani radowego; pozostaje tu tylko leczenie objawowe.

Nawroty pooperacyjne mogą być z pewnemi widokami na powodzenie leczone operacyjnie, naświetlania radem w tych przypadkach korzyści nie przynoszą. Nawroty po stosowaniu radoterapji mają przebieg bardzo złośliwy i nie poddają się żadnemu leczeniu; radoterapja we wszystkich tych przypadkach, w których nie osiągnęła wyniku, z reguły wywołuje pogorszenie w stanie chorych, gdyż zgodnie z istotą swego działania może być albo korzystną, albo szkodliwą, obojętną nigdy nie bywa.

O częstości zwyrodnienia złośliwego wrzodów okrągłych żołądka. Hartmann. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. T. IV — Nr 6, luty 1918.*

W ostatnich latach z wielu stron podnoszono częste występowanie zwyrodnienia rakowego wrzodów żołądka i oceniono je na 68% wszystkich wrzodów trawiennych żołądka. Autor na podstawie licznych badań anatomopatologicznych przychodzi do wprost przeciwnych wyników. W całym szeregu przypadków raka żołądka, które przy badaniu gołem okiem robią wrażenie zwyrodniałych złośliwie wrzodów, mamy do czynienia ze specjalną postacią raka o utkaniu zbitem i wzroście powolnym, który przez analogję możnaby porównać z włóknistym zanikowym rakiem gruczołu piersiowego. To stanowisko autora podzielają również *Cunéo i Duval*, którzy częstość występowania zwyrodnienia złośliwego wrzodu żołądka oceniają tylko na 2 — 4%.

Wypełnianie się i opróżnianie pęcherzyka żółciowego w świetle najnowszych badań. Chiray i Pavel. *La Presse Méd. Nr. 19, marzec 1928.*

Pęcherz żółciowy wypełnia się biernie to znaczy żółć napływa doń przy wzroście ciśnienia w drogach żółciowych pozawątrobowych, przy zamkniętym zwieraczu Oddiego; poza rolą wydzielniczą kanalików żółciowych i przewodów chłonnych wątroby ma tu znaczenie ,zdaje się i czynność wydzielnicza samej ściany pęcherzyka.

Oprożnia się pęcherz żółciowy — czynnie to jest dzięki skurczom swojej mięśniówki, uzależnionym od autonomicznego układu nerwowego miejscowego, który podnięty pobudzające do skurczów otrzymuje od układu ośrodkowego zapomocą włókien parasympatycznych. W warunkach prawidłowych opróżnienie się pęcherza żółciowego wywołują: przechodzenie treści pokarmowej przez dwunastnicę (zwłaszcza — żółtko jaj, śmietanka, wyciągi mięsne, oliwa), wprowadzenie do dwunastnicy pewnych środków farmakodynamicznych jak siarczan magnezu, pepton, kwas oleinowy, olejek miętowy, stężony roztwór cukru gronowego, wreszcie — wprowadzenie do krwioobiegu takich środków jak wyciąg z przysadki.

Jeszcze do niedawna uważano, że czynności pęcherzyka żółciowego i zwieracza Oddiego są ściśle od siebie uzależnione, obecnie poglądy te uległy pewnej zmianie; jakkolwiek skurczeniu pęcherzyka towarzyszy stale zwiotczenie zwieracza Oddiego, to jednak można spróbować różnemi środkami otwarcie zwieracza, nie wywołując tem samem bynajmniej skurczu pęcherzyka — naprz. obecność w dwunastnicy zgłębnika powoduje tylko wypływ t. zw. żółci wątrobowej, pozostawiając w spokoju sam pęcherz żółciowy. Na tym fakcie, że pęcherzyk i zwieracz Oddiego różnie się zachowują względem tych samych bodźców farmakologicznych, oparty jest podział środków żółciopędnych na wzmagające czynność wydzielniczą komórek wątroby i na wywołujące skurcz samego pęcherzyka.

Leczenie następstw kastracji chirurgicznej u kobiet. Lorin. *La Presse Méd. nr. 22. marzec 1928,*

Następstwa te polegają na uderzeniach krwi do głowy, wzmożeniu ciśnienia tętniczego, częstem tętnie, otłuszczeniu, bólach i zawrotach głowy, bezsenności, osłabieniu pamięci i wogóle objawach neurastenji; występują wkrótce po operacji, w postaci tem bardziej nasilonej, im młodszy był wiek operowanej i im bardziej wydolne były usunięte jajniki. Przyczyną tych zaburzeń bywa naturalnie nietylko brak perjodów, ale wogóle wypadnięcie czynności jajników i w związku z tem zachwianie równowagi wzajemnej gruczołów wewnętrznego wydzielania i równowagi układu roślinnego i zaburzenia w ogólnej przemianie materji; najczęściej zaznaczają się objawy niedomogi lub nadczynności tarczycy.

U chorych z niepodwyższonem ciśnieniem krwi zalecić należy przedewszystkiem odpowiednią dietę (jarzynowo-owocowo-mleczne), przebywanie na powietrzu, umiarkowane sporty, życie czynne i ewentualnie kąpiele mineralne; poza tem podawać trzeba przez tydzień w ciągu każdego miesiąca wyciągi z jajników, ciałka żółtego i trzustki, przy nadmiernej otyłości — ponadto wyciąg z tarczycy i przysadki; w okresie uderzeń krwi do głowy — środki czyszczące i gorące wanny nożne.

U chorych ze wzmożonem ciśnieniem krwi wskazane będą przedewszystkiem upusty krwi powtarzane i podawanie do wewnątrz jodku potasu. Przytoczone wyżej wskazówki lecznicze dotyczą wyłącznie przypadków kastracji chirurgicznej, a nie dotyczą przypadków kastracji zapomocą naświetlań promieniami Roentgena i radu, w których podawanie wyciągów gruczołowych jest nawet przeciwskazane, gdyż może wywołać pogorszenie stanu chorych. Zaznaczyć jeszcze należy, że pozostawianie w czasie operacji chorym jednego jajnika jest mało celowe gdyż tylko w stopniu niedostatecznym chroni ich od wystąpienia objawów niedomogi jajnikowej, a naraża na ewentualność wyrodnienia torbielowatego lub złośliwego.

Wczesne rozpoznawanie raka żołądka jako bezwzględny warunek skuteczności leczenia chirurgicznego. Delore i Mallet-Guy. *Paris Méd. nr. 11, marzec 1928.*

Wyniki leczenia doszczętnego raka żołądka są dotychczas bardzo nikłe (koło 15%) głównie dlatego, że cierpienie to jako takie bywa najczęściej zbyt późno rozpoznawane. Podstawowe sposoby badania, na których współczesny klinicysta opiera swoje wnioski rozpoznawcze, to jest badanie hemizmu żołądka i badanie rentgenologiczne w początkowych okresach rozwoju cierpienia — a tylko w tym okresie można liczyć na wyleczenie chirurgiczne — niestety często zawodzą. Jest faktem bardzo znamiennym, że lekarzom starszej daty, którzy swoje wnioski rozpoznawcze opierają przedewszystkiem na danych, otrzymanych zapomocą bezpośredniego badania chorych — wywiady, oglądanie, obmacywanie — tak często udaje się wczesne rozpoznawanie raka żołądka. U osobnika po pięćdziesiątce, który zaczyna tracić apetyt, a zwłaszcza czuć niechęć do spożywania pokarmow tłustych i mięsnych, zaczyna chudnąć i opadać z sił — bez wyraźnej przyczyny — należy zawsze myśleć o raku żołądka; rozstrzygnie o rozpoznaniu laparatomja próbna, którą należy zalecać, zdaniem autorów, we wszystkich przypadkach, budzących choćby najmniejsze podejrzenie tego cierpienia, tak beznadziejnego w późniejszym okresie swego rozwoju.

Co do techniki zabiegu operacyjnego — to autorowie radzą w każdym przypadku raka, wykonywać wycięcie żołądka, gdyż nawet w późnym okresie rozwoju cierpienia będzie to najlepszym półśrodkiem i o wiele pewniej zabezpieczy poprawę w stanie chorych, niż zespolenie żołądkowo — jelitowe.

Jednak dopiero z chwilą, kiedy zasada laparotomji próbnej w przypadkach podejrzanych znajdzie swoje uznanie i zastosowanie w najszerszych sferach lekarskich, można będzie liczyć na polepszenie wyników pooperacyjnych w raku żołądka.

Uwagi w sprawie wypełnienia ubytków kostnych. Schwartz. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 5 L, IV—Nr. 6, luty 1928.*

Ze względów formalnych autor rozróżnia tu przeszczepienie kości w ścisłem tego słowa znaczeniu, to jest użycie płata uszypułowanego, zdolnego do życia samodzielnego, i użycie protezy kostnej wewnętrznej w postaci przeszczepu auto - homo - heteroplastycznego, kawałka kości słoniowej, lub pręta metalowego albo kauczukowego; w tym ostatnim przypadku właściwie nie należałoby mówić o przeszczepie, gdyż wprowadza się tu do ustroju ciało niezdolne do życia i szybko obumierające, albo wogóle martwe od samego początku.

W wypełnianiu dużych ubytków kostnych na kończynach praktyczne znaczenie ma prawie wyłącznie użycie protezy wewnętrznej; za najwłaściwszy w tych przypadkach materjał autor uważa pręt metalowy, ewentualnie pokryty kauczukiem lub ebonitem; użycie kawałka kości jest niepewne z tego względu, że może on ulec przedwczesnemu wessaniu, zanim wypełni całkowicie swą rolę podpórki dla nowotworzącej się kości. W czasie zabiegu operacyjnego należy pamiętać o dokładnem umocowaniu protezy i jej bezwzględnem unieruchomieniu, co jest koniecznym warunkiem osiągnięcia dobrego wyniku.

O pourazowych tętniakach tętniczożylnych. Moure. *Bull. et. Mém. de la Soc. Nat. de Chir. T. L. IV — Nr. 9. marzec 1928.*

Pod względem anatomopatologicznym rozróżnia się: a) zwykłą przetokę tętniczożylną bez worka pośredniego, b) tętniak tętniczożylny z workiem tętniczym, c) żylnym, d) z workiem rzekomym utworzonym przez ściany krwiaka; w tym ostatnim przypadku worek bywa wypełniony skrzepami lub nie; zależnie od tego, czy wrastanie od naczyń, wyściełającego wnętrze worka, odbywa się powoli, czy szybko. Schorzenie to naogół nie ma tendencji do samoistnego wygojenia się i z czasem daje poważne zaburzenia ze strony serca (jego trwałe rozszerzenie).

Leczenie — wyłącznie operacyjne. O ile operacja nie może być wykonana w pierwszych godzinach po wypadku (dopóki nie powstał rozległy krwiak), należy czekać z jej wykonaniem do czasu „dojrzenia" tętniaka tętniczożylnego (średnio 3 miesiące od chwili zupełnego zagojenia się ran i przetok) gdyż w przeciwnym razie nacieczenie zapalne tkanek okolicznych i ich krwistość ogromnie utrudni wykonanie zabiegu. W czasie operacji koniecznem jest zupełne opanowanie krwawienia przez uprzednie założenie opasek Esmarcha poniżej i powyżej tętniaka ewentualnie nałożenie czasowych podwiązek na naczynia. Przewodnią myślą zabiegu powinno być zmniejszenie komunikacji światła żyły ze światłem tętniczym, przy dokładnem zatamowaniu krwawienia i zabezpieczeniu kończynie dostatecznego ukrwienia. W tym celu jedni chirurdzy podwiązują poza workiem wszystkie cztery naczynia odprowadzające i doprowadzające i wycinają doszczętnie cały worek wraz z przylegającymi cześciami naczyń uszkodzonych, inni — do których należy i autor — nacinają ścianę worka lub żyły i odwewnątrz zaszywają otwory w obu naczyniach, ewentualnie, w razie dużego zniszczenia ich ściany, podwiązują je wewnątrz worka, sam worek pozostawiając na miejscu

Zwichnięcia w stawach napięstkowośróddłoniowych. Pollossen i Dechaume. *Revue d'Orthopédie. T. XV—Nr. 2, marzec 1928.*

Schorzenie to naogół jest rzadkie, nawet w swej najczęstszej postaci zwichnięcia w stronę grzbietową lub dłoniową, a to ze względu na sam charakter powierzchni stawowych, pozazębianych i pełnych nierówności, i obecność silnych więzadeł międzykostnych; fizjologiczna ruchomość w tych stawach jest naogół znikoma, największa jeszcze w zakresie skrajnych kości śróddłoniowych.

Autor bliżej omawia bardzo rzadką odmianę takiego zwichnięcia, a mianowicie zwichnięcie boczne z przemieszczeniem podstaw kości śróddłoniowych I-IV w stronę promieniową tak, że podstawa kości śróddłoniowej II traci swe oparcie na bloku kości napięstka i tkwi w miękkich częściach obok palca dużego; zaś końce obwodowe tych kości śróddłoniowych są przemieszczone wraz z palcami w stronę łokciową i maksymalnie odsunięte od dużego palca, co łącznie daje ustawienie bardzo charakterystyczne dla tego schorzenia.

O ile nastawienie zwichnięcia grzbietowego lub dłoniowego nie nastręcza wiekszych trudności—wystarcza silne pociągnięcie za kości śróddłoniowe w kierunku obwodowym —, o tyle zwichnięcie boczne jest bardzo trudne do nastawienia, pozostaje tu tylko do wykonania odjęcie palca II wraz z odpowiednią kością śróddłoniową, który sam traci zwykle wszelkie ruchy czynne, a przeszkadza w poruszaniu pozostałemi palcami.

Zaszywanie rany poamputacyjnej szwem kapciuchowym. Desgouttes i Ricard. *La Presse Méd. Nr. 24, marzec 1928.*

We wszystkich tych przypadkach, gdzie ranę poamputacyjną pozostawia się niezaszytą — zmiażdżenia kończyn, zgorzel wilgotna, ropnica — otrzymuje się ostatecznie blizne szeroką, z wciągniętemi w nią wszystkiemi warstwami części miękkich, a kikut — stożkowaty, bolesny przy opieraniu się nań i łatwo ulegający owrzodzeniu. Zaradzić temu można w dużym stopniu, stosując zabieg, podany przez autorów.

Cięcie amputacyjne okrężne. Po odjęciu kończyny i zatamowaniu krwawienia nakłada się na skórę szew kapciuchowy z jedwabiu lub nitki lnianej, zwilżonych oliwą, ujmujący tylko powierzchowne warstwy skóry, nie przechodzący na jej stronę wewnętrzną, obiegający dookoła całą ranę skórną na 5 mm od jej brzegu. Następnie po wprowadzeniu sączka gazowego kapciuch częściowo się zaciąga, nitki zawiązuje na jeden węzeł luźny i końce przymocowuje się do skóry plastrem lepkim. Po paru dniach dotychczasowy sączek zmienia się na mniejszy i kapciuch dociąga się więcej; to samo — przy następnych opatrunkach. Wreszcie po 7—10 dniach powstają dostatecznie silne zrosty bliznowe części miękkich, które z jednej strony nie pozwolą na dalsze zaciąganie kapciucha, z drugiej zaś — uniemożliwią rozejście się rany; wówczas można już usunąć nitkę, która spełniła swoje zadanie; pozostała niewielka rana szybko pokryje się dobrą blizną, która umożliwi sprawne funkcjonowanie kikuta poamputacyjnego.

Naturalnie tylko te przypadki odjęcia kończyn nadają się do powyższego zabiegu, gdzie pod skórą mamy podściółkę mięśniową odpowiedniej grubości, a więc na ramieniu, na udzie, na łydce; a nie nadają się przypadki odjęcia przedramienia lub dolnej połowy podudzia, tu zawsze, bez względu na tło schorzenia należy pokrywać ubytek płatami, równemi lub nierównemi (tylny dłuższy), zgodnie ze wskazówkami chirurgji operacyjnej.

Ropień przewlekły gruczołu piersiowego. Lenormant. *La Presse Méd. Nr. 24, marzec 1928.*

Przewlekły ropień nieswoisty gruczołu piersiowego jest schorzeniem nieczęstem, ale pomimo to znajomość tej postaci chorobowej jest ważna ze względu na pomyłki rozpoznawcze, a mianowicie zmylić ją można z gruźlicą, torbielą gruczołu i z rakiem. Klinicznie przedstawia się zwykle w postaci guza chełboczącego, niewyraźnie odgraniczonego od miąższu gruczołu, przykrytego skórą niezmienioną, niebolesnego przy ucisku; gruczoły pachowe bywają czasami powiększone, ale w sposób niecharakterystyczny. Patogeneza — niejasna, schorzenie to występuje i u kobiet, które nigdy nie karmiły i nawet w ciąży nie były; przebieg wybitnie przewlekły, bez jakichkolwiek objawów zapalnych.

W odróżnieniu od schorzenia powyższego gruźlica gruczołu piersiowego przebiega zwykle pod postacią całego szeregu ognisk, szybko rozpadających się i dających liczne przetoki; zawsze bywają zajęte przez proces gruźliczy i gruczoły pachowe, z ogniskami rozmiękczenia i przetokami. Znacznie trudniejsze jest różniczkowanie z pojedyńczą torbielą sutka — rozstrzyga tu często dopiero próbne nakłucie, które w przypadku torbieli wykaże obecność płynu surowiczego, żółtawo-zielonkawego, czasami ciągnącego się. Do poważnych następstw prowadzi zmylenie ropnia przewlekłego z rakiem, gdyż sprawa kończy się odjęciem sutka, zupełnie zbędnem naturalnie; a zmylić można łatwo, kiedy jama ropnia zawiera niewielkie ilości ropy, a w jej otoczeniu mamy zbity, twardy i niebolesny naciek, niewyraźnie odgraniczony od reszty tkanki gruczołowej. Rozstrzyga tu dopiero próbne nacięcie guza, które sprawę odrazu wyjaśnia (rak na przekroju i dla oka nieuzbrojonego wygląda bardzo charakterystycznie), i które autor poleca we wszystkich wątpliwych przypadkach. Po takiem nacięciu następuja albo odjęcie sutka — o ile guz okaże się rakiem (po zmianie narzędzi i rękawiczek), albo operacja na tem się kończy, gdyż do wygojenia ropnia przewlekłego wystarcza jego nacięcie i opróżnienie.

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia ciężkiej kwasicy pooperacyjnej. Misrachi i Limard. *La Presse Méd. Nr. 25, marzec 1928*

Autorowie przytaczają 3 przypadki kwasicy pooperacyjnej, w których rozpoznanie było zrobione prawie przypadkowo, dzieki wykryciu w moczu w dużej ilości obecności ciał ketonowych, a zastosowanie leczenia insuliną dało wynik zupełnie zadowalający. Klinicznie kwasica pooperacyjna przebiegała pod postacią dość gwałtownej zapaści sercowej, oligurji, podniecenia ruchowego i niepokoju, bólów w nadbrzuszu i czasami wymiotów, przy obecności ciał ketonowych w moczu; objawy te występowały od kilku godzin do tygodnia po operacji. Przy rozpoznawaniu schorzenie to zmylić można ze wstrzą-

sem pooperacyjnym, ostrem zapaleniem nerek, zaburzeniami sympatikotonicznemi i wreszcie z zapaleniem otrzewnej.

Co do leczenia — wstrzykiwanie roztworu cukru gronowego i podawanie dwuwęglanu sodu pozostawało bez wyniku, a wstrzyknięcie jedno — lub dwukrotne insuliny (10 — 20 jednostek, wraz z roztworem izotonicznym cukru gronowego dla ustrzeżenia chorego od wystąpienia objawów hypoglycemji) powodowało szybkie ustąpienie objawów kwasicy. Leczenie insuliną należy zacząć jak najwcześniej, gdyż kwasica sprowadza już bardzo szybko daleko idące i nieodwracalne zmiany w nerkach.

W sprawie podwiązania żyły próżnej dolnej w przypadku jej zranienia w czasie operacji. Patel i Peycelon. *Lyon Chirurgical, t. XXV, Nr. 1, styczeń — luty 1918.*

Autorowie przytaczają spostrzegany przez siebie przypadek zranienia żyły próżnej dolnej w czasie operacji wycięcia nerki prawej z powodu jej gruźlicy, w którym podwiązanie żyły próżnej poniżej ujścia żyły nerkowej lewej, z wyłączeniem odcinka zranionego, nie spowodowało żadnych zaburzeń w krążeniu żylnem.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały już niejednokrotnie zupełną nieszkodliwość podwiązania żyły próżnej dolnej poniżej ujścia żył nerkowych — krążenie żylne wyrównywa się szybko i całkowicie za pośrednictwem żyły nieparzystej (v. azygos), splotów żylnych zewnątrz — i wewnątrzoponowych i układu żylnego przedniej ściany brzucha.

Inaczej się sprawa przedstawia w przypadku podwiązania żyły próżnej powyżej ujścia żył nerkowych — zwierzęta ginęły najczęściej w ciągu 2 — 3 dni przy objawach bezmoczu, ale nie zawsze, co zależało prawdopodobnie od indywidualnych odmian układu żył obocznych nerek.

Dane kliniczne potwierdzają naogół powyższe dane doświadczalne. Autorowie polecają gorąco podwiązywanie żyły próżnej poniżej ujścia żył nerkowych w przypadkach jej zranienia zamiast stosowanej dotychczas najczęściej w tych razach tamponady uciskowej a demeure lub szwu naczyniowego, zwłaszcza w przypadkach, w których zakażenie tkanek okolicznych i ich nacieczenie zapalne losy tego szwu robią bardzo niepewnemi.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Gruźlica skóry i zakażenia mieszane; obecność krętków w przypadku gruźlicy brodawkującej. M. Favre i J. Gatè. *Ann. de Derm. et de Syph. 1928 N 2.*

Autorowie podają przypadek gruźlicy skóry u 51 letniego mężczyzny, alkoholika, chorego pozatem na otwartą gruźlicę płuc. W okolicy odbytu i krocza u tego chorego znajdowało się duże ognisko gruźlicy brodawkującej (rozrosty brodawkowe bardzo znaczne). Badania mikroskopowe wydzieliny opisywanego owrzodzenia wykazały obecność dużej ilości krętków. Było to zatem ognisko zakażone tak prątkami Kocha jak i krętkami (o typie spir. refringens). Jak wiadomo, jeden z autorów tego artykułu (*Favre*) wykrył w tkance kłykcin kończastych narządów płciowych (condylomata acuminata) obecność krętków; dla tego też uważają autorzy, że i w tym przypadku bujanie brodawkowate owrzodzenia gruźliczego przypisać należy obecności krętków.

Na zakończenie autorowie polemizują z *Guèrin'em* który sądzi, że etjologję kłykcin kończastych tak samo jak brodawek płaskich tłomaczyć należy zakażeniem zarazkiem przesączalnym.

Czy rzeżączka może być spowodowana inną przyczyną prócz zakażenia? Cedercreutz. *Ann. de Derm. 1928 Nr. 2.*

W artykule opartym na spostrzeżeniach nader nielicznych (3 przypadki) autor stawia tezę nader rewolucyjną, twierdzi on bowiem, że rzeżączka, zupełnie typowa tak pod względem klinicznym, jak bakterjologicznym może być wywołana przez zakażenie innymi mikrobami niż gonokoki.

Jeden z przypadków, na którym się autor opiera, jest pokrótce następujący; młody człowiek nie mający w anamnezie zakażenia tryprowego po spółkowaniu z kobietą (z przeszłością seksualną) zakaża się rzeżączką, (w wydzielinie z cewki wykryto gonokoki). Podanie kliniczne i bakterjologiczne nie wykazało obecnie gonokoków w ropnym (!) wypływie z szyjki macicznej i z cewki u jego towarzyszki.

W drugiej części artykułu autor przytacza liczne głosy z współczesnego piśmiennictwa bakterjologicznego i zaznacza, że cechy bakterjologiczne gonokoków i wielu innych koków skóry i błon śluzowych są zmienne: Gonokok może barwić się dodatnio podług Grama; może on rosnąć na pożywkach zwykłych (*Thalmann, Wildboltz, Jundell*). Opisano przy tem ziarenkowce (kokki), które nie barwią się podług Grama (*coccus cutis communis Cedercreutza,* diplokokk opisany przez *Cronquista* i inne), opisano nawet przypadki rzeżączki po zakażeniu temi ziarenkowcami (*Montpellier*).

A za tem, konkluduje autor, tryper gonokokowy może powstać przez zakażenie innemi ziarenkowcami, granica pomiędzy gonokkokiem a ziarenkowcami „pospolitymi" jest nieuchwytna i te ostatnie w pewnych warunkach mogę nabywać zjadliwość i chorobotwórczość.

Przypadek choroby Kyrlego. Jersild i A. Kristjansen: (*Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans*) *Annales de Dermatologie et de Syphiligr. 1928 N. 2.*

Autorowie opisują przypadek dużych brodawkowatych i hiperkeratotycznych guzków na przedramieniu u 51 letniego mężczyzny. Klinicznie można było myśleć o liszaju czerwonym brodawkującym. Badanie histologiczne wykazało obecność dużych czopów rogowych w ujściach mieszków włosowych rozpad ścianek mieszków i wgłębienie się przez to opisywanych czopów w skórę właściwą.

(*Aczkolwiek „choroba" ta jest nader rzadka — opisano zaledwie 5 — 6 przypadków — to jednak nie zasługuje ona na wyodrębnienie, jest to rogowacenie mieszkowe bardzo znaczne, z zanikiem skutkiem ucisku torebki włosowej i z zapalnymi objawami na obwodzie czopa rogowego Ref.*).

Ulcus vulvae acutum Lipschutza. Roederer i Sloimovici. *Ann. de Derm. et de Syphiligr. 1928 N. 2.*

Autorowie opisują przypadek nie wenerycznego wrzodu narządów płciowych. Przypadki takie znane są od dawna, jednakże Lipschütz dział ten szczegółowo opracował. Praca R. i S. jest przedewszystkiem pobieżnem zestawieniem faktów znanych w zakresie tego schorzenia. Występować może ono bardzo ostro lub w postaci przewlekłej; owrzodzenie może być pojedyńcze lub mnogie (*forme miliaire*).

Klinicznie owrzodzenie może być podobne do objawu pierwotnego, do wrzodów miękkich lub do opryszczka.

Schorzeniu towarzyszą objawy ogólne (wysoka ciepłota, rozbitość i t. d); ważnym i prawie jedynym kryterjum rozpoznawczym (po za anamnezą) jest brak krętków lub laseczników *Ducreya*.

Etjologja wrzodu części płciowych u kobiet pochodzenia niewenerycznego ostatecznie wyjaśniona nie jest: Lipschutz sądzi że wywołuje go opisany przez niego *bacillus crassus*. Jest to prątek duży, podobny do prątka wąglika, barwiący się podług Grama, nieruchomy, rosnący beztlenowo.

Przypadek opisywany przez R. S. wystąpił u 17 letniej dziewczyny (dziewicy) i imitował objaw pierwotny.

Jako zabiegi lecznicze poleca się stosowanie łagodnych okładów odkażających.

Epidermolyse lokalisée chez un ichthyosique. Gonin. *An. de Derm. et de Syph. 1928 N 2.*

Autor opisuje przypadek rybiej łuski u młodego człowieka, u którego po każdym stosunku płciowym na prąciu — na żołędzi — tworzyły się pęcherze wielkości fasoli o treści surowiczej. Autor nie czyni żadnych przypuszczeń co do etjologji i sądzi, że metody desensybilizacyjne (autohemoterapja) mogą być skuteczne.

Przedłużony czas wylęgania objawu pierwotnego. Valverde. (*tamże*).

Autor opisuje trzy przypadki nader długiego okresu inkubacyjnego w zakażeniu kiłą; w jednym przypadku wynosił ten okres 68 dni w drugim 32 r w 3-cim 39 dni. Odczyn Wassermana u tych choiych był ujemny tak przed rozpoczęciem leczenia, jak i po jego ukończeniu. Spostrzeżenia autora muszę jednak wywołać pewne zastrzeżenia, idzie mianowicie o to że dwaj z jego chorych (przyp. 2 i 3) już przeszli leczenie swoiste. Przypuszczać za tem można, że opisany przez autora objaw nie był objawem pierwotnym, lecz tak zwanym objawem nawracającym „*chanere redux*“ (*przyp referenta*).

W trzecim przypadku spostrzeżenie dotyczy chorego na kiłę wrodzoną.

Superinfekcja i reinfekcja w przebiegu kiły. Carle. *Journ de med. de Lyon N 188 1927.*

Przy zakażeniu osobników chorych na kiłę — jadem kiłowym udaje się wywołać powstawanie w miejscu zakażenia — objawów podobnych do objawów pierwotnych, nie pozwala to jednak identyfikować t. zw. superinfekcję z reinfekcją. Dla rozpoznania tej ostatniej autor wymaga, by wrzód wystąpił w czasie charakterystycznym dla wrzodu pierwotnego (21 dni mn. więcej), ujemnego odczynu Wassermana w początkowych okresach trwania owrzodzenia; typowego zachowania gruczołów chłonnych oraz obecności osutki kiłowej po mniej więcej $2^1/_2$ miesiącach od daty zakażenia.

Przyczynek do poznania zachowania się odczynu Wassermana w przebiegu płonicy. Rosier Marcel. *Monografja. Paryż u Arnette.*

Autor badał odczyn Wassermana u 30 chorych na płonicę; stosował on przytem technikę Wassermana (oryginalną), Hechta i Demouliéra. Autor nie spostrzegał wyników nieswoistych, sądzi dla tego też, że szkarlatyna nie wpływa na występowanie zahamowań nieswoistych.

Badania chorych z naczyniakami. Emile-Weil. *Le Sang. Nr. 1. T. 1.*

Autor spostrzegł, że u chorych na naczyniaki często dają się wykryć rozmaite nieprawidłowości i schorzenia narządów krwiotwórczych.

Z pośród 14 chorych badanych przez autora u 7 stwierdzono zaburzenia wątrobowe (marskość, żółtaczkę) i u 6 skazę krwiotoczną.

Z powyższych względów autor uważa, że powstawanie naczyniaków tłomaczyć należy pierwotnym schorzeniem układu krwiotwórczego; schorzeniom tym towarzyszy: przedłużony czas krzepnięcia, zmniejszona kurczliwość skrzepu, ksantochromja surowicy.

Dowodem, że układ naczyń włoskowatych jest w całości upośledzony jest dodatni objaw Trousseau, oraz przedłużony czas krwawienia.

Zdaniem autora istnieje związek pomiędzy stanem wątroby, a układem naczyniowym, czego dowodem jest również powstawanie teleangiektazji i żylaków w schorzeniach wątroby.

Plamice po stosowaniu arsenobenzolu. Lespinne i Ferond. *Sang. T. Nr. 3.*

Arsenobenzol wywołuje u osobnika zdrowego przemijające zmniejszenie krzepliwości krwi.

U osobników chorych na choroby plamicowe (purpura) wywołuje arsenobenzol tak zw. wstrząs hemoklazyczny. Obraz krwi wykazuje trombopenję i hemolizę krwinek czerwonych; poważniejszych zmian w narządach wewnętrznych nie udaje się stwierdzić.

Dla dermatologa ciekawe są badania histologiczne skóry: wykazują one obecność wysięku (nawet krwawego) w naskórku oraz złogi krwiopochodnego barwika w skórze; istota zmian dotyczy naczyń w ściankach których autor spostrzegł objawy zwyrodnienia, bujanie błony wewnętrznej.

Autor rozpatruje farmakologiczne działanie poszczególnych składników arsenobenzolu, z którego głównie benzol oraz grupa siarkowa są toksyczne dla układu naczyniowego.

Pod względem leczniczym należy zastosować przetaczanie krwi, lub wstrzykiwania peptonu. Po

ustąpieniu plamicy — należy stosować leczenie swoiste przetworami rtęci i bizmutu.

Plamice gonokokowe. Chevallier i Bourgeois. *Sang. T. Nr. 4.*

Plamice występują w przebiegu rzeżączki częściej niż przypuszczamy. Przebieg kliniczny może być rozmaity, może temu schorzeniu towarzyszyć obrzęk stawów i krwawienie z błon śluzowych.

Ch. i B. przytaczają jedną obserwację własną (oraz 25 zebranych w piśmiennictwie). Pod względem klinicznym najczęstszym typem jest przebieg przypominający t. zw. purpura reumatica, jako powikłania spostrzegano żółtaczkę, zapalenie opon mózgowych, zapalenie wsierdzia.

M. Grzybowski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Ciąża pozamaciczna 4 — 5 miesięczna z objawami ileus. Horenber. *Bulletin de le Soc. d'Obstetr, et de. Gynec. nr. 1, 1928.*

Autor przedstawia przypadek przez się obserwowany, w którym wobec objawów ileus wykonano otwarcie brzucha, przypuszczając istniejącą obok ciążę wewnątrzmaciczną. Stwierdzono podczas operacji rozdęty, pękający jajowód ciężarny, a w nim płód 4 — 5-cio miesięczny. Badanie dokładne wykazało, że łożysko, zresztą szeroko rozłożone i o rozmaitej grubości, najgrubsze jest w miejscu odpowiadającem krezce jajowodu (*mesosalpinx*). Usadowienie to, które za *Lichtenstein'em* nazywa autor: „*basiotrope*", jak wiadomo sprzyja najbardziej, ze wszystkich usadowień jaja płodowego, do dłuższego rozwoju tegoż. Przy tej sposobności autor powtarza znane teorje *Werth'a*, o wpływie usadowienia jaja do stosunków kosmków do światła jajowodu na dalszy przebieg ciąży pozamacicznej. Przypomina H. również przypadek *Hoenb'a*, w którym jaje rozwijając się w kierunku *mesosalpinx* wrosło pomiędzy blaszki więzadła szerokiego i doszło aż do moczowodu, wywierając nań ucisk, co było powodem do operacji.

Leczenie energją promienną, a rak macicy. Keller S. *Bulletin de la Soc. d'Obstetr. et de Gynec. nr. 1922 a.*

Przytoczywszy dwa przypadki raka trzonu macicy, w których stosowano naświetlanie promieniami X, bez uprzedniego badania anatomo-patologicznego przez co stracono drogocenny czas dla leczenia operacyjnego, — autor występuje przeciwko takiemu postępowaniu i podkreśla znaną zresztą powszechnie zasadę niezbędnego badania anatomo-patologicznego wycinków lub wyskrobin przy podejrzeniu raka macicy.

Przy okazji podnosi niezaprzeczoną zdobycz radiologji, jaką jest leczenie promieniami X krwawień okresu przekwitania.

W sprawie porodu samoistnego w przypadkach miednic krzywiczych. Riss R., Brahie et Jean Olmer. *Revue Francaise de Gynec. et d'Obstetr. Nr. 2, 1928.*

Z materjału „Maternité" w Marsylji autorowie wybrali z pierwszej połowy r. 1927 wszystkie przypadki, w których stwierdzono miednicę krzywiczą płaską ze sprzężną prawdziwą położniczą = 9 cm. Przypadków takich okazało się 24, z czego 8 dotyczyło pierwiastek a 16 — wieloródek. W grupie pierwszej wykonano raz cięcie cesarskie z odcięciem macicy nadpochwowem (przypadek był podejrzany, co do zakażenia), raz założono kleszcze, z powodu przedłużającego się porodu (dziecko wydobyto martwe), raz — urodził się płód martwy z powodu uciśnięcia wypadniętej pępowiny, pozostałe 5 porodów przebiegało samoistnie, i zakończyło się urodzeniem żywych dzieci.

W grupie wieloródek stosunki przedstawiały się następująco:

Na ogólną ilość 16 przypadków — w ośmiu nastąpił poród samoistny, dzieci żywe: jedną rodzącą rozwiązano kleszczami—dziecko żywe; jedną rozwiązano cięciem cesarskim, trzy inne — cięciem cesarskim z następowem odcięciem macicy nadpochwowem. Z tych ostatnich przypadków jeden zakończył się zejściem śmiertelnem, z powodu pooperacyjnego zapalenia płuc.

Wreszcie w trzech przypadkach wywołano poród przedwczesny, uzyskując we wszystkich żywe i zdolne do życia dzieci. Przy tej sposobności autorowie zaznaczają, że bynajmniej nie odrzucają całkowicie sztucznego wywoływania porodu przedwczesnego uważając te metodę za nadającą się do tych przypadków, gdzie nauczeni doświadczeniem poprzednich porodów spodziewamy się możliwości porodu operacyjnego (cięcia cesarskiego), a ciężarna nie życzy sobie poddawać się ryzyku zabiegu związanego z cięciem brzusznym. Całą niniejszą pracę autorowie podjęli w zrozumieniu trudności zdecydowania się na czynne czy wyczekujące prowadzenie porodu właśnie w przypadkach średniego zwężenia miednicy (conj. vera 9 cm). W wyniku, na zasadzie przedstawionych przypadków, autorowie sądzą, że samoistny poród jest przy tego rodzaju zwężeniu miednicy rzeczą dość częstą, co uprawnia do wyczekującego prowadzenia porodu z ewentualnym wkroczeniem dopiero w razie wskazań bezwzględnych do ukończenia porodu.

Ciąża i poród w macicach podwójnych (w związku z 4 przypadkami). Chatillon. *Revue Franc. de Gynécol. et d'Obstetr. nr. 2, 1928.*

Wiadomą jest rzeczą, że wada rozwojowa wymieniona w tytule bynajmniej nie wpływa na płodność kobiety. Znany jest przypadek (*Bainbridge'a*). w którym kobieta obarczona tą wadą rodziła 17 razy. *Küstner* do roku 1916 zebrał 40 przypadków, w których obie macice jednocześnie zachodziły w ciążę, A *Palmer-Findley* na 135 przyp. znalazł w 13 ciążę maciczną bliźniaczą w jednej z macic. Ten ostatni autor twierdzi, że przeciętnie płodność kobiet z podwójną macicą jest większa od normalnej. Tenże autor wypowiada zdanie, że prawidłem w tych przypadkach jest poród samoistny. Ze zdaniem tym autor nie zgadza się tak na zasadzie piśmiennictwa, jak opierając się na własnem doświadczeniu. W przypadkach, gdzie jama macicy jest całkowicie podzielona na dwie części trudności porodowe występują

jako skutek zbyt słabego rozwoju mięśni ściany ciężarnej „pół-macicy" skutkiem tego może być pęknięcie ciężarnego rogu, poronienie, położenie płodu nieprawidłowe; poród przedłuża się, odklejenie łożyska często opóźnia się zmuszając do ręcznego wydobycia. Z 4 przypadków *Chatillon'a* dwa zaliczyć należy do tej grupy.

Do grupy drugiej należą przypadki, w których jamy macic nie są oddzielone od siebie całkowicie (uterus bicornis). Tu często występuje zaburzenie w przebiegu III okresu, łożysko nie odchodzi zatrzymane w niszy jednego z rogów; położenie poprzeczne zdarza się tu też bardzo często, skoro *Schatz* określa jego częstość na 43%.

Do tej grupy należą dwa inne przypadki autora. Przeglądając raz jeszcze materjał z piśmiennictwa dotyczący omawianej wady rozwojowej uderza wielka liczba poronień (23—30% wszystkich ciąż) i porodów operacyjnych. W przypadkach autora nie stwierdzono ani razu jednoczesnej ciąży w obydwu macicach.

Bolesne miesiączkowanie a robaczywość (helminthiasis). Léo G. *Revue Franç. de Gynéc. et d'Obstetr.. Nr. 5. 1928.*

Przytoczywszy 18 obserwowanych przez się przypadków, w których bolesne miesiączkowanie ustąpiło natychmiast po zastosowaniu środka przeciwko robakom, autor stwierdza, że helminthiasis może być przyczyną bolesnego miesiączkowania. We wszystkich wyżej wspomnianych przypadkach stwierdzono bądź to w wywiadach, bądź badaniem mikro — czy makroskopowem stolca obecność robaków, a mianowicie czy to *oxyuris vermicularis*, czy *ascaris lumbricoides*, czy *tricbocephalus dispar*, czy *lamblia* czy wreszcie *tricbomonas*. Najczęściej, bo 10 razy na 18 stwierdzono *oxyuris vermicularis*. Autor przytacza szereg objawów klinicznych, mniej lub więcej pewnych i zastrzega się wyraźnie, że nie należy przypuszczać jakoby robaki działały tylko pośrednio wywołując nieżyt kiszek; wśród przypadków autora są i takie, i to nierzadkie, w których pomimo obecności robaków nieżytu kiszek nie było, a jednak po zastosowaniu środków przeciwko robakom bolesne miesiączkowanie znikało zupełnie. Autor przypuszcza, że robaki działają za pomocą wydzielania toksyn wpływających na cały organizm, a między innemi także na narządy płciowe kobiety, co uwidacznia się właśnie w bolesnem miesiączkowaniu.

Zakażony nabłoniak kosmówkowy macicy. Hamm A., Oberling Ch. *Revue Franc. de le Gynéc. et d'Obstetr., Nr. 3, 1928.*

Przypadek obserwowany przez *Hamma* i badany histologicznie przez *Oberling'a* dotyczył 28-io letniej kobiety, która 9. VIII. 3927 urodziła płód donoszony zmacerowany, śmierć płodu nastąpiła bez widocznego powodu. 22. IX. 1927 z powodu przedłużającego się krwawienia dokonano u niej skrobankę wydobywając nieznaczną ilość strzępków tkankowych, których anatomo-patologicznie niebadano.

Po skrobance na 3—8 dnia podniesienie ciepłoty do 39,5° C, poczem nastąpił krótki okres względnego stanu zdrowia, Lecz oto 9. X. 1927 r. występują objawy zawału w płucach, połączonego z ropnem zapaleniem opłucnej, a badanie zestawione wykazuje taśmowaty naciek w lewem przymaciczu. Rozpoznano metrophlebitis post partum et infarctus pulmonis. W przeciągu 12 dni sprawa cofa się klinicznie prawie zupełnie. Nagle w parę dni później występuje wysoka (40°C) ciepłota, dreszcze, stan septyczny, a szybkie powiększenie się nacieku w przymaciczu i jego konsystencji, jak również szybkie powiększenie się macicy lekko guzowatej, elastycznej nasuwa po raz pierwszy myśl nowotworu złośliwego — nabłoniaka kosmków owego — i to zakażonego. Natychmiast usunięto operacyjnie macicę wraz z jednym jajnikiem, założono sączek przez pochwę i worek Mikulicza.

Po operacji ciepłota opadła, rana zagoiła się per secundam. Badanie histologiczne wykazało: chorionepithelioma malignum. Wkrótce wystąpiły objawy przerzutów do płuc, potwierdzone radjologicznie i pacjentka zmarła w 5 tygodni po operacji.

Omawiając opisany przypadek autorowie przedewszystkiem wyrażają wątpliwość, czy zbadanie wyskrobin dałoby wcześniejsze rozpoznanie schorzenia, a to z powodu trudności rozpoznawczych nasuwających się zwykle przy badaniu histologicznem strzępków podejrzanych co do nabłoniaka kosmówkowego. Posuwając się dalej w epikryzie przypadku autorowie uważają, że komplikacja płucna uznana przez nich pierwotnie za zawał ropny, była już przerzutem nowotworowym, tylko zakażonym; w walce ze schorzeniem organizm pokonał zakażenie, lecz uległ nowotworowi.

Co się tyczy leczenia, to autorowie uważają stan zakażenia macicy za wskazanie do operacji; podejrzenie co do istnienia w niej nowotworu na- wet przy jednoczesnem przypuszczeniu przerzutów w płucach bynajmniej zdaniem autorów nie stanowi przeciwskazania, gdyż przypuszczają oni za *J. L. Faurem*, że usunięcie nawet części tylko nowotworu ułatwia walkę z nim organizmowi.

Mimochodem przypominają H. i O. myśl autorów amerykańskich (*J. Léon*), aby zwalczać nabłoniaka kosmówkowego wprowadzając do ustroju zaczyny proteolityczne przeciwkołożyskowe, których mu brak w walce z wdzierającemi się kosmkami.

Wreszcie pragnąc wyjaśnić sobie śmierć płodu wewnątrzmaciczną rzucają autorowie przypuszczenie że nastąpiła ona na skutek zaburzeń w krążeniu łożyskowem, wywołanych bujaniem nowotworowem.

Krwotok tętniczy z pochwy, jako skutek stosowania pałeczki „Filhos". Muller P. *Revue Française de Gynécol. et d'Obstétr., nr. 2, 1928 r.*

Wprowadzenie wziernika pochwowego u pacjentki która przed 5-ciu dniami przechodziła leczenie endometritis cervicalis pałeczką „Filhos" wywołało krwotok tętniczy trudny do opanowania, co doprowadziło pacjentkę do stanu wybitnej niedokrwistości.

Autor przypuszcza, że przyczyną tych zaburzeń były niedokładności w technice podczas zakładania tak żrącego lekarstwa jakim jest „Filhos". Nie zmniejsza to bynajmniej zdaniem autora wysokich wartości leczniczych wspomnianego środka, tylko zmusza do zachowania ostrożności przy jego stosowaniu.

Nowa odmiana przyszycia więzadeł obłych w leczeniu operacyjnem tyłozgięcia macicy. Delle Chiaje S. *Revue Française de Gynecol. et d'Obstetr., nr. 2, 1928.*

Autor poleca leczenie operacyjne tyłozgięcia macicy w przypadkach, gdzie wysuwa się ono na

plan pierwszy nie zaś zmiany zapalne przydatków, gdzie dolegliwości chorej powodowane są właśnie przez tyłozgięcie macicy, lub gdzie powtarzające się poronienia samoistne, czy niepłodność jest skutkiem omawianego schorzenia.

Della Chiaje uważa, że naogół metody polegające na przyszyciu, umocowaniu skróconych więzadeł obłych najbardziej odpowiadają zadaniom, jakie stawia sobie operacyjne leczenie tyłozgięcia macicy. Autor w długim swym artykule krytykuje kolejno najbardziej rozpowszechnione metody i w wyniku uważa za najbliższą ideału pod względem zachowania prawidłowych warunków — metodę *Alexander-Adams'a*, lub jej odmianę — operację *Darligues'a*. Ta ostatnia, jak wiadomo, polega na otwarciu jamy brzusznej, obejrzeniu stanu narządów rodnych wewnętrznych, wyszukaniu w ujściu zewnętrznym kanału pachwinowego, więzadła obłego, jak przy operacji *Alexander-Adams'a* wyciągnięciu go, wytworzeniu pętli i zeszyciu obydwu pętli ze sobą, jak przy operacji *Doleris'a*. Pomiędzy sposobem *Doleris'a i Darligues'a* zachodzi jednak ta wielka różnica, że pierwsza nie uwzględnia fizjologicznego przebiegu więzadeł obłych, nadając im kierunek ku górze, podwieszając niejako na nich macicę. Natomiast operacja *Dartigues'a* posiada wszystkie zalety operacji *Alexander-Adams'a*, łącząc z nią inspekcje stanu miednicy małej. *Della Chiaje* uważa jednak że operacja *Dartigues'a* jest zbyt długa i kłopotliwa, proponuje więc następujące postępowanie:

1) cięcie poprzeczne według *Pfannenstiel'a*;
2) cięcie otrzewnej w linji środkowej, przedłużone możliwie nisko ku dołowi;
3) oględnięcie narządów miednicy małej;
4) odcięcie więzadeł obłych w miejscu wejścia ich do kanału pachwinowego i wypreparowanie z otrzewnej na przestrzeni ca 3 cm.;
5) wytworzenie sztucznego kanału pachwinowego tak aby jego ujście wewnętrzne znajdowało się o 1 palec ponad ujściem wewnętrznym kanału pachwinowego; nóż wbija się o 1 cm. ponad spojeniem łonowem niedaleko od linji środkowej i kieruje się go ku jamie brzusznej i w bok, tak aby uzyskać wylot wewnętrzny w miejscu wyżej opisanym;
6) przeprowadza się uchwycony w zaciskadło koniec przeciętego więzadła obłego poprzez wytworzony kanał pachwinowy na zewnątrz;
7) takie samo postępowanie po stronie przeciwległej;
8) ściągnąwszy równocześnie za obydwa więzadeł macicę ku przodowi przymocowuje się je do rozięgna mięśnia prostego, nadając im kierunek skośny ku dołowi i na wewnątrz;
9) zespolenie warstwowe powłok brzusznych.

W dwudziestu w ten sposób operowanych przypadkach tyłozgięcia macicy, autor nie miał ani jednego nawrotu.

Babés A. Rozpoznanie raka szyjki macicy zapomocą rozmazów. *La presse Médicale. N. 29, 1928.*

Na zasadzie dotychczasowego stanu wiedzy autor uważa, że z dwu cech histologicznych raka: zmiany budowy morfologicznej i naciekowy wzrost pierwsza jest wcześniejsza i bardziej miarodajna. Reasumując autor sądzi, że stwierdzenie odchylenia od budowy prawidłowej poszczególnych komórek w obrębie miejsca podejrzanego jest objawem bardziej miarodajnym i wcześniej występującym niż odchylenie we wzroście, czyli wzrost naciekowy tkanki nowotworowej. Stąd wniosek; metoda badania rozmazu uzyskanego zapomocą potarcia uszkiem platynowym podejrzanego owrzodzenia może z powodzeniem zastąpić metodę wycinka próbnego, która wszak różni się głównie od pierwszej tem, że pozwala na obejrzenie nietylko powierzchownej warstwy komórek i ich morfologicznej budowy, ale także wzrostu tkanki nowotworowej wgłąb. Z drugiej jednak strony niebezpieczeństwo, choc niewielkie lecz niezaprzeczalne związane z pobraniem wycinka próbnego uprawnia do poszukiwania metody zastępczej. Oprócz bezpieczeństwa wielkiemi zaletami postępowania proponowanego przez autora są łatwość i szybkość jej wykonania; technika postępowania jest następująca: po przetarciu suchym wacikiem pociera się parokrotnie podejrzane owrzodzenie uszkiem platynowym z początku słabo, potem nieco silniej, uzyskany materjał rozciera się na kilku suchych szkiełkach podstawowych; rozmazy te następnie utrwala się zapomocą alkoholu metylowego barwikiem Giemsy w sposób zwykły. Oglądać należy z początku pod małym powiększeniem (Oc. 4, ob. 3), aby porównać wymiary rozmaitych elementów morfologicznych, następnie szczegóły budowy komórek oglądać należy pod immersją. Badania swe wykonał autor w 20 przyp. raka szyjki macicy, porównywując wyniki proponowanej przez się metody z wynikami histologicznego badania w szeregu przypadków nadżerki części pochwowej. Niestety autor nie ma doświadczenia co do wyniku badania przy owrzodzeniach kiłowych i gruźliczych W wyniku swych badań autor ustala następujące cechy rozpoznawcze rozmazów w przypadkach raka:

Obfitość komórek nabłonkowych rozłożonych pojedyńczo lub w płatach; rozmazy z owrzodzeń nierakowatych zawierają w przeważającej ilości czerwone krwinki.

Komórki w rozmazach pochodzenia rakowego zawierają bardzo mało lub wcale nie zawierają protoplazmy;

jądra i jąderka różnią się bardzo znacznie pomiędzy sobą tak wielkością, kształtem, jak barwliwością:

ziarenka chromatyny w jądrach rożnią się w tych samych lub różnych komórkach tak co do wielkości, jak co do kształtu i ilości;

w rozmazach z owrzodzeń rakowatych stwierdza się niezwykłe formy jąder jako to: jądra wrzecionowate (w komórkach przypominających komórki tkanki łącznej, różniących się od tych ostatnich zabarwieniem i ilością protoplazmy), jądra przypominające kształtem owoc morwy, jądra dwu lub wielopłatowe, a nadewszystko jądra olbrzymie, uważane przez autora za patognomoniczne dla raka: te ostatnie jądra dochodzić mogą do rozmiarów olbrzymich bo 40 μ, różniąc się pomiędzy sobą kształtem w sposób bardzo wybitny.

Jąder olbrzymich autor nie stwierdził tylko w dwu przypadkach, na dwadzieścia przyp. raka. —

W zakończeniu autor podkreśla konieczność dalszych prac, potwierdzających i rozwijających spostrzeżenia i wyniki zapoczątkowanych badań.

W sprawie używania czystej krwi do transfuzji. A. M. Dogliotti. *La presse medicale Nr. 29, 1928.*

Na zasadzie piśmiennictwa i osobistego doświadczenia autor stanowczo radzi używać do tran-

sfuzji krew czystą, przetaczaną zapomocą strzykawki parafinowanej, a nie krwi z dodatkiem substancji powstrzymujących krzepnięcie (cytranian sodu, hirudyna i t. d.) Przewaga krwi czystej polega przedewszystkiej na jej cechach w strukturze fizykochemicznej bliższych do warunków fizjologicznych, niż krwi z dodatkiem cytranianu i t. p.

Techniki przetaczania autor nie omawia.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, NOSA I KRTANI.

Wycięcie krtani i języka w przypadku raka. J. L. Diaz. *Arch. internat. de Lar. styczeń str. 5-21.*

Jednem z trudnych zagadnień chirurgicznych jest rak nagłośni, przechodzący na krtań i język. Metodą stosowaną przez autora w przypadku przechodzącym także na nasadę języka udało się usunąć doszczętnie nowotwór przy zachowaniu zupełnej ruchomości i sprawności czynnościowej języka. Cięcie skórno-mięsne stosowane przez autora stworzyło doskonałe warunki gojenia rany.

Pacjent zachował mowę gardlaną, zrozumiałą dla otoczenia, (voix pharyngienne).

Doświadczenia nad przeszczepianiem chrząstki żebrowej do krtani. E. Palestrini w przekładzie J. Lapouge. *Tamże str. 31-39.*

Obok przeglądu historycznego daje autor opis serji doświadczeń z przeszczepieniami dokonanemi na psach. Na podstawie tych doświadczeń, mających doniosłe znaczenie praktyczne w sprawie plastycznego zamknięcia ubytków krtani i tchawicy u człowieka, dochodzi autor do wniosku, że przeszczepianie takie rokuje dobre wyniki. Wgojenie się chrząstki następuje przez nowowytworzoną chrząstkę albo przez tkankę łączną, a czasem przez tkankę kostną, względnie do kości podobną.

Zatrucie ługiem sodowym. V. Fotiade *tamże str. 25-30.*

W dwóch przypadkach zatrucia ługiem sodowym okazały się, co dotąd nie było opisywane, znaczne zmiany w krtani z następowemi bliznami i zwężeniami. Wniosek stąd, że w wypadkach takich zatruć należy krtań badać dokładnie. Curiosum jednego z tych przypadków polega na tem, że lekarz opiekujący się pierwotnie pacjentem stosował u niego przez czas dłuższy rozszerzanie tchawicy w przekonaniu, że wykonuje zabieg ten w przełyku. Pacjent z czasem do tego zabiegu tak się przyzwyczaił, że znosił go bardzo dobrze.

Czy głuchota kiłowa, czy neurorecydywa. H. Bourgeois *tamże str. 59-67.*

U pacjentki 28 letniej wywiady rodzinne budzą podejrzenie kiły, lecz próba Wassermana w krwi jest stale ujemną, zarówno u pacjentki jak u jej męża. Jedynie próba Desmouliera jest u pacjentki lekko dodatnia. U pacjentki, leczonej dorywczo kilkakrotnie bismutem, rtęcią i preparatami arsenowymi występuje po ostatnim wstrzyknięciu dożylnem preparatu 914 upośledzenie słuchu, które w ciągu paru tygodni przeszło w obustronną głuchotę. Płyn mózgowo-rdzeniowy nie był badany. Przyczyna głuchoty pozostała niewyjaśniona. (Ze sprawozdań pos. Tow. Lar. Szpit. paryskich.)

Przypadek apopleksji podniebienia miękkiego. Pierre de Troyes *Tamże str. 81.*

U zakonnicy wystąpił w czasie snu atak duszności najwyższego stopnia. Badanie wykazało moc skrzepów, wypełniających jamę ustną. Po ich usunięciu okazuje się znaczne obrzmienie języczka prawej strony podniebienia miękkiego. Na języczku stwierdza się pęknięcie śluzówki długości centimetra o brzegach krwawo podbiegniętych. Po wycińnięciu krwi i skrzepów pacjentka doznaje ulgi a krwotok uspakaja się. Kilka podobnych przypadków, które, jak powyżej opisany, wystąpiły również w późniejszym wieku, bez urazu, nagle i podczas wypoczynku, i które wszystkie zakończyły się korzystnie podali inni autorowie. W niektórych z tych przypadków krwiak nie przebił na zewnątrz lecz uległ samoistnemu wchłonięciu (J. w.).

Nowe fakty doświadczalne i kliniczne, wykazujące wpływ chorób jamy nosogardłowej i zatok klinowych na przysadkę centralną. Salvatore Citelli. *Archiv. internat. de Lar. Luty 1927 str. 131-137.*

Już *Poppi* przypuszczał, że wskutek zaburzeń w czynności przysadki mogą powstawać adenoidy: Sądził on również, że istnieje związek między przysadką, a tarczycą i pośrednio także grasicą. *Citelli* przeciwnie wykazuje klinicznie i doświadczalnie (na zwierzętach), że to właśnie adenoidy są przyczyną zaburzeń czynności przysadki. Autor stara się to wykazać zarówno drogą badań anatomicznych przysadki, jakoteż przez wskazanie na pewne łączności anatomiczne zachodzące między oboma tworami, jak np. na układ naczyniowy i na nierzadkie przetrwanie t. zw. kanału czaszkowo-gardzielowego (*canal cranio-pharyngé*). Wyrazem tych zaburzeń czynnościowych przysadki jest znany zespół objawów *Citellego* t.j. apatja, upośledzenie uwagi, osłabienie pamięci i senność. Czasami (w razie zmian przedniej części przysadki) występuje także zespół akromegalii. Ten sam wpływ co adenoidy mogą zdaniem autora wywierać również guzy innego rodzaju, umiejscowione na sklepieniu jamy noso-gardłowej, jakoteż ropne i nowotworowe zmiany w zatokach klinowych. Na potwierdzenie słuszności swojej teorji przytacza autor szereg doświadczeń na zwierzętach, jakoteż spostrzeżeń klinicznych, poczynionych na swoich pacjentach. Najlepsze wyniki lecznicze osiąga się przez równoczesne usuwanie odnośnych schorzeń i podawanie preparatów przysadki zwierzęcej. Teorja autora posiada już licznych zwolenników w świecie lekarsko-naukowym.

Przewlekające się ostre zapalenie migdałka trzeciego. (*Adenoidite aigue prolongée*) **a badanie palcem jamy noso-gardłowej. R. Rendu.** *Annales de mal. de l'oreilles... 1928 Nr. 1 str. 31—39.*

Autor opisuje trzy przypadki wysokiej gorączki o typie posocznicowym u dzieci 2—4 letnich. Gorączka trwała po kilka tygodni, przebiegała z bolesnym obrzękiem gruczołów chłonnych szyjnych, a ustąpiła nagle po zbadaniu palcem okolicy nosogardłowej. W każdym z tych wypadków przebieg po wykluczeniu innych przyczyn przemawiałby był na ogół za rozpoznaniem t. zw. gorączki gruczołowej (*Drüsenfieber Pfeiffera*). Jednakowoż okoliczności, t. j. przedewszystkiem fakt nagłego i ostatecznego spadku gorączki po palpacji jamy nosogardłowej zdaje się wskazywać, że we wszystkich tych przypadkach rozchodziło się o mały ropień umiejscowiony w miąższu, względnie pomiędzy blaszkami migdałka trzeciego i że przez ucisk na migdałek nastąpiło opróżnienie ropnia. Autor wysuwa wniosek, że dogmatyczne unikanie tej palpacji przy stanach gorączkowych pochodzenia gardlanego jest nieuzasadnione, a w niektórych przypadkach palpacja ta jest nawet zbawienna. Od zwykłego zapalenia migdałka trzeciego ostrego różni się opisana choroba dłuższym znacznie przebiegiem. Pewne trudności może sprawić odróżnienie choroby od gorączki gruźliczej, zwłaszcza, gdy rozchodzi się o dziecko gruźlicze z adenoidami.

Otitis osteo — spongiosa. Malherbe. (*L'otite osteo — spongieuse*). *La presse medicale 1928 Nr. 2 str. 21—22.*

Tem nazwiskiem określa autor jednostkę chorobową, której ujawnienie się związane jest wyłącznie z wiekiem lat 18 — 25 i z płcią żeńską. Jak widać zakres tej jednostki jest węższy niż otosklerozy niemieckich autorów, jakkolwiek histopatologicznie z nią się nakrywa. Autor rozwija oryginalną teorję chorobotwórczości tego cierpienia, którego objawy klinicznie streszczają się w postępującem obustronnem przytępieniu słuchu z towarzyszącymi objawami podmiotowymi, jak szum w uszach i t. p. Zdaniem autora zarówno obrazy anatomopatologiczne jak i cechy kliniczne tego cierpienia znajdują najlepsze i wystarczające wytłumaczenie w gruźliczem pochodzeniu sprawy w sensie takim, iż toksyny gruźlicze nadwerężają czynność gruczołów dokrewnych (w tym wypadku przedewszyskiem jajników), mających wpływ na rozwój kości, przyczem szczególnie wrażliwą na skutki tego toksycznego zadziałania miałaby być kość skalista otaczająca błędnik, (*la capsule du labiryntbe*). Co jest przyczyną tej szczególnej wrażliwości miejscowej, nie jest należycie wyjaśnionem.

Dr A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY OCZU.

Zapalenie rogówki brózdowate na tle zakażenia prątkiem Weeksa u osobników dotkniętych oddawna jaglicą. Adamantiadis B. *Ann. d'Ocul. Luty 1928. str. 119—129.*

Autor obserwując w Atena przebieg epidemji ostrego zapalenia spojówek zaużył, że u osobników dotkniętych jaglicą bliznowatą, przytem źle odżywionych, dodatkowe zakażenie prątkiem Weeksa powoduje nieraz swoiste owrzodzenie rogówki,

Owrzodzenie to zjawia się już na 2—3 dzień od wystąpienia zapalenia ostrego spojówek; zajmuje środkową część rogówki w postaci poziomo przebiegającej brózdy szerokości 2—5 mm., przytem boki brózdy są płytsze, a środek głębszy dochodzi aż do błony Descemeta, która często się uwypukla, a w razie jej pęknięcia powstaje w tem miejscu wypadnięcie tęczówki. Brzegi i dno brózdy początkowo są gładkie, lśniące, przezroczyste. Dopiero w okresie gojenia się zjawia się szarawe zmętnienie.

Autor ani razu w przebiegu opisywanego schorzenia nie spostrzegł ropy w przedniej komórce.

Podmiotowo chorzy skarżą się na bóle w okolicy oczodołów, łzawienie i upośledzenie ostrości wzroku.

Rokowanie jest zawsze poważne, lecz nie beznadziejne. Chorzy zgłaszali się zwykle tylko z poczuciem światła, a po systematycznem leczeniu osiągali znaczne poprawę ostrości wzroku. Jako zejście schorzenie pozostaje na rogówce poprzeczne, wstążkowate zmętnienie czasami leucoma adhaerens.

Leczenie polega: na codziennem przyżeganiu odwróconych powiek 1% Arg. Nitr., wpuszczaniu pilokarpiny, argynolu, zakładaniu maści antyseptycznej i opaski uciskowej zmienianej w pierwszych, dniach 4—5 razy na dobę.

Oprócz tego autor stosuje wstrzykiwanie mleka (serja 6—8).

W kilku przypadkach uporczywych wstrzykiwał podspojówkowo cyanek rtęci 1 : 4000.

Zabiegi chirurgiczne stosowane w celu pokrycia schorzałej rogówki spojówką nie dały dodatnich wyników.

Doświadczenia nad jonizacją oka. Dr. Simon Józef. *La Clin. Opht. Septembre 1927. str. 483—488.*

W celu wykazania w jakich warunkach i jak głęboko do gałki ocznej przenika jod przy stosowaniu jonizacji oka Simon robił badania na królikach.

Odpowiednio przygotowane oko królicze zanurzał w 1% roztworze jodku potasu zawartego w miseczkowatej elektrodzie połączonej z biegunem ujemnym ogniwa.

Przepuszczał prąd o różnem nasileniu w ciągu różnych okresów czasu i po upływie 10 minut badał ciecz wodnista wydobytą z komórki przedniej na zawartość jodu,

Za każdym razem odczyn na jod był dodatni. Badania przeprowadzone z wyłuszczeniem gałki ocznej w. celu wykrycia jodu w soczewce i ciałku szklistem dały odczyn na jod ujemny.

Wobec takich wyników swoich doświadczeń autor poleca jonizację oka przy schorzeniach rogówki, spojówki, twardówki, tęczówki i soczewki, gdyż stykają się one wtedy bezpośrednio z cieczą wodnistą, zawierającą jod.

W schorzeniach zaś naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego wyniki lecznicze są mniej pewne.

W. Melanowski

KRONIKA.

W najbliższych miesiącach odbędą się w Paryżu następujące kursy dokształcające:

Najnowsze zdobycze w dziedzinie gastroenterologji. Prof. Carnot. Od 2 — 13 lipca 250 franków.

Choroby wątroby, trzustki, śledziony i przemiany materji. Prof. Carnot. Od 10 do 23 września 250 franków.

I. Choroby nerek (metody badania: badania chlorków, refraktometrja surowicy, badanie mocznika w moczu i we krwi. Stała Ambarda, próba fenolsulfoftaleinowa, azot resztkowy i t. d.). Ciśnienie krwi i oscillometrja. Badanie Ph i rezerwy zasadowej. Badanie w cukrzycy. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

II. Choroby wątroby (żółtaczki, niedomoga wątroby). Hemoklazja. Rozpoznanie w schorzeniach durowych. Odczyny odchylania dopełniacza i kłaczkowacenia. Odczyny skórne. Badanie płynu wysiękowego opłucnej. Badanie przemiany podstawowej. Przetaczanie krwi.

Obydwa kursy prowadzi prof. Widal wraz z prof. Lemierre'em i innymi. Czas trwania każdego kursu około trzech tygodni. Kursy odbędą się w maju i październiku. Wpis wynosi po 200 franków od każdego kursu.

Gruźlica. (Teorja i praktyka) Prof. Sergent. Od połowy czerwca do połowy lipca. 250 franków.

Kurs poświęcony technice chirurgicznej (przewód pokarmowy, drogi żółciowe, ginekologja). Prof. Gosset. Od 25 czerwca do 7 lipca. Wysokość wpisu będzie ustalona później.

Hygiena noworodka i choroby wieku niemowlęcego. Prof. Marfan. Od 4 do 25 lipca. 250 franków

Choroby dzieci, rozpoznawanie i leczenie. Prof. Nobécourt. Lipiec — sierpień. 250 franków.

Błonica. Doc. Lereboullet. Czerwiec.

Choroby kobiece. Prof. Faure. Od 25 czerwca do 7 lipca. 250 franków. (Dla ginekologów zaawansowanych odbędzie się specjalny kurs od 8 do 20 października. Wpis 250 franków).

Urologja, Prof. Legueu. Od 6 do 18 czerwca.

Chirurgja układu moczowopłciowego męskiego. Prof. Cunéo i prof. Legueu. Początek 28 maja. 150 franków.

Chirurgja przewodu pokarmowego i dróg żółciowych. Prof. Cunéo, prof. Duval i dr. Oberlin. Początek 11 czerwca. 150 franków.

Chirurgja jamy brzusznej. Prof. Cunéo, prof. Gosset i dr. Thalheimer. Początek 25 czerwca. 150 franków.

Anatomja patologiczna układu nerwowego. Bertrand. Od 4 do 16 czerwca 250 franków.

Psychjatrja, Prof. Claude. Czerwiec. 250 franków.

Rak. (Anatomja patologiczna, klinika, leczenie, ośrodki walki z rakiem). Prof. Roussy. Lipiec, 250 franków.

Kurs poświęcony zimnicy. Prof. Brumpt. Od 1 czerwca do 9 lipca. 850 franków.

Choroby układu moczowego. Doc. Chevassu. Od 16 lipca do 4 sierpnia. 500 franków.

Chirurgja głowy, szyi i klatki piersiowej (operacje na zwłokach). Leibovici. Od 4 do 14 czerwca 350 franków.

Chirurgja dziecięca. Meillere. Od 18 do 28 czerwca. 350 franków.

Redakcja chętnie służy szczegółowemi informacjami, dotyczącemi powyższych kursów.

BIBLJOGRAFJA.

Nouveau Traité de Pathologie Interne. Redaktor naczelny **A. Lafitte**. Komitet redakcyjny: **Enriquez, Lafitte, Laubry, Vincent**. Tom II. część druga. Choroby nerek. Otrzewna. Gruczoły wkrewne. Układ współczulny. Gościec przewlekły. 872 stron z 139 illustr. w tekście i 11 tablicami barwnemi. **Nakładem G. Doin et C-ie.** 1928. Cena w oprawie 150 frank. francuskich.

Jak wiadomo tom pierwszy tego wydawnictwa był poświęcony chorobom przewodu pokarmowego, część pierwsza tomu drugiego chorobom wątroby i dróg żółciowych, trzustki, przemiany materji i zatruciom. Część druga, która się obecnie ukazała, rozpoczyna się chorobami nerek. Dział ten opracowali Lafitte i Gautier, składa się on z wstępu poświęconego anatomji, histologji i fizjologji nerek oraz metodom badania i z opisu kolejnego poszczególnych jednostek klinicznych schorzeń nerkowych. Aczkolwiek dział ten zajmuje połowę tomu, jednak odznacza się on zwięzłością, dość powiedzieć, że tak ważny rozdział jak gruźlica nerek zajmuje tylko 24 stronice. Jednakże zwięzłość nie została osiągnięta ze szkodą dla sprawy, odwrotnie, poszczególne choroby nerek są rozważone zupełnie wystarczająco z uwzględnieniem wszystkich ostatnich zdobyczy w tym kierunku i żaden z najnowszych nawet poglądów nie został pominięty. Leczenie jest omówione dość szczegółowo.

Dział następny jest poświęcony chorobom otrzewnej. (Lafitte i Carrié). Zapalenie ostre, rozlane

i umiejscowione, zapalenie gruźlicze, wreszcie zapalenia przewlekłe i sprawy nowotworowe są szczegółowo omówione. Szczególnie ciekawy i starannie opracowany jest rozdział, traktujący o sprawach zrostowych otrzewnej (perivisceritis). Zmiany te obecnie coraz więcej zaczynają interesować tak internistów, jak i chirurgów i należy ze szczególnem uznaniem powitać tak szczegółowe przedstawienie sprawy.

Dział poświęcony gruczołom wkrewnym (Lafitte i May) należy bezsprzecznie do najciekawszych. Gruczoł tarczowy, grasica, nadnercze, przysadka, szyszynka, gruczoły płciowe są tu rozważone z początku ze stanowiska fizjologicznego, a następnie klinicznie-patologicznego. Obfitość poruszanych tu zagadnień, zużytkowanie wyników najnowszych badań, jasność i przejrzystość ujmowania tych tak zawiłych rzeczy sprawia, iż rozdział ten czytamy ze szczególnem zainteresowaniem i bliższe zaznajomienie się z nim należy doradzić każdemu myślącemu lekarzowi. Również i rozdział następny poświęcony zaburzeniom współczulnym o objawach zewnętrznych (ectosympathoses) przynosi sporo nowego. Tak jak w dziale poprzednim najciekawszy był rozdział o zaburzeniach wielogruczołowych, tak i tu najwięcej zainteresowania wzbudzają sprawy współczulne, odgrywające się na kończynach, o jeszcze nie ujednostajnionem obliczu klinicznem, a zebrane pod tytułem „acrosyndromes divers".

Część końcowa dzieła traktuje o schorzeniach gośćcowych, a więc o temacie zawsze ciekawym, bo jeszcze niewyjaśnionym całkowicie. I tu znajdujemy obok najnowszych teorji i najświeższe metody lecznicze.

Strona graficzna dzieła stoi zupełnie na wysokości tego rodzaju wydawnictw. Szczególnie ładne są niektóre tablice barwne, natomiast należałoby życzyć, aby w następnem wydaniu niektóre rysunki czarne wypadły lepiej. Na szczególne uznanie zasługuje bardzo czytelny druk. *A. Wojciechowski*

Ed. Weill i G. Mouriquand. Precis de medecine infantile. 4-e edition. Collection Testut. Nakładem G. Doin i C-ie 1928. 1192 stron. **Cena 90 franków fr.**

Collection Testut — to zbiór podręczników, z których uczyło się niejedno pokolenie lekarzy we Francji. Ten więc fakt, że książka powyższa należy do tej kolekcji stanowi o jej wartości. Wydanie obecne, czwarte, wobec śmierci prof. Weill'a zostało opracowane przez jego ucznia i następcę prof. Mouriquand'a, W wydaniu tem poza pewnemi skrótami i zmianami zgodnie z postępami nauki zasługuje na podkreślenie rozszerzenie i pogłębienie rozdziałów poświęconych rozpoznawaniu i szczególnie leczeniu. Terapja obecnie jest obszerniej i szczegółowiej przedstawiona z uwzględnieniem wszystkich najnowszych zdobyczy na tem polu. Szczególnie starannie zostały opracowane, względnie zmienione rozdziały omawiające zaburzenia rozwojowe, zaburzenia ze strony gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, awitaminozy i t. d.

Na początku książki znajdujemy wiadomości ogólne o dziecku i noworodku, o jego rozwoju, charakterystycznych cechach jego fizjologji i t. d. Następnie autor omawia leczenie, stosowane u dzieci środki lekarskie, ich dawki, zabiegi i t. d. wreszcie wszystkie choroby dziecięce, poczynając od ostrych schorzeń osutkowych, a kończąc chorobami skóry i swoistemi sprawami chorobowemi noworodka. Podręcznik ten, szczególnie cenny dla początkujących, może oddać wielkie usługi każdemu lekarzowi stykającemu się z chorobami dziecięcemi; szczególnie gorąco więc polecić go możemy lekarzom o ogólnej praktyce. Ale i specjalista — pedjatra znajdzie w nim szczególnie w niektórych rozdziałach rzeczy cenne, bądź w postaci nowych poglądów lub metod leczenia, bądź też rysunków schematycznych, niekiedy bardzo udanych.

SKRZYNKA REDAKCYJNA

Pytania i odpowiedzi.

Wobec tego, że na niektóre pytania odpowiedzi nadchodzą opieszale, bardzo późno, albo wcale nie nadchodzą, od najbliższego numeru na wszelkie nadesłane pytania, na które nie nadeszła odpowiedź z grona czytelników Wiedzy Lekarskiej — Redakcja będzie umieszczała odpowiedzi uzyskane od tutejszych specjalistów danej dziedziny.

PYTANIA.

23. Jaki jest najlepszy środek do wstrzykiwania w żylakach? Czy rzeczywiście można przeprowadzić leczenie takie ambulatoryjnie? Czy można stosować to i w leczeniu guzów krwawnicowych (hemoroidów)?

Dr St. P. w T.

24. Czy kto nie zna **pewnego** środka na oxyuris vermicularis u dorosłych? Pacjentka moja, 28 l. cierpi od wielu lat i wszelkie zwykle stosowane środki, tak wewnętrzne, jak i miejscowe (lawatywy) zawiodły.

Dr A. L. w T.

25. Chory lat 42, trudności w chodzeniu, pociąganie kończynami dolnemi, często silne bóle głowy, tętno mocno napięte, skleroza naczyń. Stosowano jod do żyły i pod skórę, ponieważ cierpi na przewlekły artretyzm, dawano Uricedinę Stroscheina później Piperazynę Midy — dalej Natr. citricum do wewnątrz. Pod wpływem leczenia, zwłaszcza jak chory mówi Uriceding, poprawa duża później znów wraca do stanu poprzedniego. Co robić dalej?

26. Jaki jest najlepszy preparat jodowy?

27. Jakie jest najskuteczniejsze leczenie w zapaleniu płuc odoskrzelowym. Czy Transpulmin, Solvochinin mają jaką wartość leczniczą? Stosowano i chininę z Urethanem bez efektu.

ODPOWIEDZI.

ad. 16.

„O stosowaniu podskórnych wstrzykiwań kwasu mrówczanego w cierpieniach gośćcowych". W ciągu 5 lat wypróbowałem na nader obfitym materjale chorych, w przeszło trzystu przypadkach, w najróżniejszych postaciach gośćca mięśniowego, stawowego, ostrych, podostrych i zwłaszcza przewlekłych oraz nerwobólach i gośćcowem zapaleniu nerwów, podskórne wstrzykiwania rozcieńczonego kwasu mrówczanego (1 do 2°/₀₀ pro mille) w ilości od 1-go do 5 sz. cent. w pobliżu ogniska chorobowego. Próby dotyczyły zarówno chorych szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Wyniku swoich badań nie ogłosiłem, ponieważ był on ujemny. Kwas mrówczany w sprawach gośćcowych najmniejszego swoistego działania nie wywiera, czego najlepszym jest dowodem, że odczyn w ognisku choroby daje się stwierdzić tylko wtedy, kiedy dokonano wstrzyknięcia możliwie blizko takowego. Swoistego odczynu ogólnego również nie zauważyłem. I pod tym względem wstrzykiwania kwasu mrówczanego zupełnie nie wytrzymują porównania z proteinoterapją, np. wstrzykiwaniami mleka, kazeiny, yatrenkazeiny, nowoprotyny, mirionu i wielu innych, ani z wstrzykiwaniem siarki. Zupełnie nie zaprzeczam, że wstrzyknięcie kwasu mrówczanego, dokonane w pobliżu ogniska chorobowego, wywołuje w niem reakcję, czynne przekrwienie, obostrzenie sprawy zapalnej, a w razie częstego powtarzania widuje się niekiedy poprawę, lub nawet wyleczenie w przypadkach mniej upartych. Zdarza się to jednak

niezbyt często, nadto ten sam odczyn i taką samą poprawę można stwierdzić po wstrzyknięciu każdego miejscowo mocniej lub żrąco działającego przetworu, np. wyskoku, terpentyny i t. d. Za małą skutecznością kwasu mrówczanego w gośćcu przemawia też fakt, że ten sposób leczenia gośćca, który kilkadziesiąt lat temu był w Europie zachodniej dość rozpowszechniony, prawie w zupełności poszedł w zapomnienie i w ostatnich dopiero czasach zostaje na nowo odkryty. Tylko niektórzy partacy laicy stale go stosowali i zawdzięczali mu nawet duże, ale nie zasłużone powodzenie.

Do wskrzeszenia wstrzykiwania kwasu mrówczanego w gośćcu w chwili obecnej, kiedy możemy stosować proteino i wakcynoterapję oraz wstrzykiwanie siarki, żadnej niema racji. Nadmieniam jeszcze, że kwas mrówczany bardzo jest żrący i jego stężone rozczyny mogą powodować głębokie, bardzo wolno się gojące zgorzele.

Dr med. Aleksander Simon
(Warszawa).

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Coleman (*Journ. of Amer. med. Assoc. — wd-g. Paris Méd. marzec 1928*) zaleca w przypadkach **toksemji w ostrej niedrożności jelit** wprowadzanie **podskórne lub dożylne 3% chlorku sodu**, który ma tu działać wybitnie odtruwająco na organizm; stosując to leczenie w ciągu pierwszych 48 godzin po operacji u chorych z ostrą niedrożnością, obniżył śmiertelność pooperacyjną z 50% do 11%.

* * *

Leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów zapomocą organicznych związków arsenowych. Lamblin (*Journ. des Sciences med. de Lille, luty 1928*) podaje kilka przypadków rzeżączkowego zapalenia stawów, w których leczenie szczepionkami i proteinoterapja pozostały bez skutku, a które zostały wyleczone wstrzykiwaniami sulfarsenolu. Arsen działa tutaj przez wzmożenie nieswoistej odporności ustroju na zakażenia; w tym przypadku na zakażenie ogólne dwoinkami rzeżączkowemi. Wystarcza zwykle 5 do 8 wstrzyknięć sulfarsenolu w dawce 0,18 — 0,30 g, w przerwach dwudniowych. Szybka poprawa i zmiejszenie bólów stawowych pozwalają na wczesne uruchomienie chorych stawów i pewniejsze zabezpieczenie przed zesztywnieniem.

* * *

W leczeniu **nieżytów gruźliczych pęcherza** otrzymał *Dawid* dobre wyniki stosując wkraplania do pęcherza **lipjodolu,** co szybko uśmierza bóle i zmniejsza parcie na mocz. Równocześnie stosował *Dawid* wlewania dożylne gonakryny. Pozatem poleca autor ten naświetlanie lampą kwarcową i szczepionkę przeciwgruźliczę *Grimber'ga* (Paris méd. Nr. 15).

* * *

Długotrwałe (do roku) podawanie salicylanów doradza *Coury* celem uzyskania zupełnego wyleczenia w **gośćcowem zapaleniu wsierdzia.** Zdaniem *Coury'go* wyleczenie następuje i u dorosłych, nawet w zapaleniach o kilkomiesięcznem już trwaniu, ale tylko wtedy, gdy salicyl był stosowany w dawkach wystarczająco dużych i przez długi okres czasu. *Coury* poleca w każdym przypadku gośćca stawowego długotrwałe podawanie salicylanów, a to celem uniknięcia powikłań ze strony wsierdzia. (*Soc. therap. séance 8 II 1928*).

* * *

W **kolibakterjurji,** cierpieniu jak wiadomo ogromnie uporczywem, otrzymali *Bécart* i *Gehlinger* dobre wyniki podając chlorek amonu, w dawkach od 2 do 4 gramów na dobę. Mocz zawierający prąt-

ki okrężnicy wykazuje zazwyczaj oddziaływanie zasadowe, co sprzyja rozwojowi prątków. Ze środków zakwaszających mocz, jak fityna, kwas fosforowy, chlorek wapnia, najprędzej i najlepiej działa chlorek amonu, zwłaszcza w połączeniu z leczeniem szczepionkami. (*Soc. ther. séance 14. III 28*).

* * *

Przewlekły ropotok ozębnej (pyorrhea alveolaris) jest podług *Vandamme'a* pochodzenia dnawego i powstaje na tle zaburzeń w przemianie mineralnej ustroju. Podając atochinol w dawce 1 gram na dobę uzyskał autor ten zupełne i trwałe wyleczenie, nawet bez zabiegów miejscowych (*Journ. de Paris. 27. IX 27*).

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski*

Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

CRYPTARGOL LUMIÈRE

(SIARCZAN SODOWY TIOGLICERYDU SREBROWEGO)

Niezrównany pod każdym względem
przetwór srebrowy

ZALETY:

1) b. silne **działanie bakterjobójcze** (35% srebra),
2) absolutny **brak toksyczności**
3) **nie drażni** ani błon śluzowych ani skóry,
4) nigdy **nie powoduje srebrzycy,**
5) **nie psuje się** pod wpływem powietrza i światła,
6) **nie plami** ani skóry ani bielizny.

I. DO UŻYCIA WEWNĘTRZNEGO:

a) Cryptargol **PILULES** — pigułki dla dorosłych,
b) Cryptargol **SIROP** — syrop dla dzieci.

Wskazany w celach antyseptyki żołądkowo-jelitowej:

1) **przy wszelkich stanach zapalnych jelit,**
2) **w biegunkach wszelkiego pochodzenia,**
3) **w durze brzusznym,**
4) **w gruźlicy jelit,**
5) **w czerwonce i t. p.**
6) **przed i po operacjach.**

DOROSŁYM — Cryptargol pilules — 4 pigułki dziennie podczas jedzenia,
DZIECIOM — Cryptargol sirop — 1—4 łyżeczek od herbaty dziennie.

II. DO UŻYCIA ZEWNĘTRZNEGO:

a) Cryptargol Lumière **ovules** (gałki glicerynowe do pochwy),
b) „ „ **solution 10%** (do przemywań w **urologji, ginekologji, chirurgji).**
c) „ „ **collyre 5%** i **1%** Krople **do oczu.**
Krople **do nosa.**

Przedstawicielstwo na Polskę: L. NASIEROWSKI
Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.
PRÓBY i LITERATURA NA ŻĄDANIE W.P.P. LEKARZY.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU